Nr. 24. 16. czerwca 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Podniebne wzloty współczesnej wiedzy a terapja chorób wewnętrznych.

Napisane jako wynik własnych spostrzeżeń i badań w czasie 25 lat pracy naukowej i wielu lat trzeźwego spoglądania na zjawiska związane z terapją chorób wewnętrznych.

Przed kilkudziesięciu laty były nauki ściśle przyrodnicze, z medycyną włącznie, stosunkowo samodzielne, odgrywała w nich pewną rolę chemja i fizyka, ale rola ta nie była dominująca. Chemja i fizyka były dla siebie osobnemi naukami, stykającemi się ze sobą tylko w niektórych punktach. Nauka o ciałach niebieskich miała głównie styczność z matematyką, a już nie w tym stopniu z fizyką, bardzo zaś mało z chemją, a wcale nie z naukami przyrodniczemi. Dziś jest wprost przeciwnie, wszystkie te nauki zbliżyły się, zmięszały się ze sobą. Pokazało się, że wszystko jest ze sobą spokrewnione, wszystko jest składową jednej wiedzy. *Pracując naukowo w dziedzinie medycyny 25 lat miałem sposobność o tem się przekonać.*

I.

Przejdę teraz pokrótce wszystkie etapy mej pracy. Rozpocząłem w erze chemicznej i wegetatywnej medycyny.

I. etap chemiczno-wegetatywny dał wynik, który można streścić w kilku słowach:

1) układ nerwu błędnego wpływa hamująco na wywóz kwasów z ustroju,

2) układ współczulny, tarczyca i afekty psychiczne działają przeciwnie,

3) spokojna praca psychiczna nie wpływa na niego.

Prace II. etapu chemiczno-wegetatywne, łącznie z psychicznemi i wkrewno-nerwowemi, rozszerzyły wynik. Brzmi on:

1. Prócz systemu parasympatycznego (układu nerwu błędnego) i współczulnego istnieje system asymilacyjny, oddziaływujący na niektóre substancje podobnie jak system parasympatyczny, a decydujący w procesie zdrowienia. Terapja jest tylko uruchomieniem tego mechanizmu.

2. Tarczyca jest głównym motorem afektów. Tylko euforja czyli umiarkowana radość jest afektem leczniczym.

3. System wegetatywny jest czynnościowo złączony z wkrewnym w jedną nierozłączalną całość.

4. Przemiana materji, przez wątrobę i układ wkrewno-wegetatywny uzależnione są od stanów psychicznych, o ile są związane ze stanami afektywnemi.

Etap III. wypełnia publikacja prac o charakterze spostrzegawczym np. prace o typach somatycznych. Etap ten *podkreślił istnienie 3 zasadniczych sił w ustroju: somatycznej, płciowej i psychicznej, czynnych razem, ale nie w równej mierze reprezentowanych w każdym ustroju. Są ludzie głównie psychicznie rozwinięci, są płciowcy i są osoby umiarkowanie rozwinięte psychicznie i płciowo a potężne somatycznie.*

Ludzie silni somatycznie mają mocne tkanki, zwłaszcza mięśnie, sprawny system asymilacyjny, potężny układ współczulny ale dość zrównoważony z parasympatycznym a nawet z bardzo lekką tyreogeniczną hipowagotonją. Ludzie hipergenitalni nacechowani są silnym rozwojem całej sfery płciowej (tarczyca, przysadka mózgowa, nadnercze, genitalja), erotyczni głównie tylko tarczycy. Ludzie psychicznie nadmiernie rozwinięci mają nadzwyczaj wysoko w rozwoju stojący mózg i sprawną tarczycę.

Tarczyca potrzebna jest wszystkim ludziom bezwzględnie i koniecznie. Bez tarczycy człowiek jest somatycznie słaby, agenitalny i bezmyślny. W tarczycy są czynnościowe składniki pobudzające myślenie czynne niezależnie od czynnościowych składników afektorodnych, a te od erotyzujących. Od nich wszystkich niezależne są czynniki wpływające na przemianę materji. Mogą być czynne wszystkie lub tylko niektóre. Klinicysta styka się z przypadkami, w których widoczne są najrozmaitsze czynnościowe wypadkowe.

Etap IV. pozornie odmienny zupełnie, jest w istocie dalszym ciągiem pracy nad tym samym głównym tematem. Bardzo wiele poważnego różnorodnego materjału pozostało mi jeszcze z dawniejszych czasów. Medycyna tymczasem weszła w okres ewolucyjnego przekształcania się. W nauce zaszły epokowe zmiany, wynalazki i odkrycia następują w zawrotnem tempie. Dawne poglądy bledną a powstają nowe, zdumiewające swą świeżością. Poznałem, że nie pracowałem na darmo. A dlaczego, wyjaśnię. Wiadomo, że ustrój ludzki jest misternem skupieniem atomów. Jest ich x . 10^{28} [1]). Atom średnio tyle razy lżejszy od człowieka ile człowiek jest lżejszy od słońca, przedstawia właściwie trochę materji [2]) i dużo przestrzeni. Atom wodoru np. to „kuleczka" materji średnicy 0,000000002 $\mu\mu$, półmaterjalny ujemny elektron o średnicy 0,000004 $\mu\mu$, 1.800 razy lżejszy od centralnej „kulki" z materji i przestrzeń. Całość ma średnicę 0,11 $\mu\mu$. Inne pierwiastki są większe, cięższe, mają więcej wolnych, ujemnych elektronów, ale do nich stosuje się to samo, co powiedzieliśmy poprzednio, bo i one składają się głównie z przestrzeni a tylko minimalnie z materji [3]). Człowiek jest dla różnych promieniowań z wszechświata ledwie widoczną „chmurką atomów". Nic też dziwnego, że jako prawie przejrzysty jest on od nich zupełnie zależny [4]). Przez jego ustrój przechodzą przeróżne fale [5]) i różnie bywają zużyte i poprowadzone. Do zwrotnic należą tu centra wegetatywne, gruczoły wkrewne i wątroba dla życia somatycznego, gruczoły i centra płciowe dla życia seksualnego, mózg wielki i tarczyca dla życia psychicznego. Wszystkie te funkcje są ze sobą połączone i na siebie wpływają.

W terapji chorób wewnętrznych odgrywają ważną rolę odpowiednio wegetatywnie nastawione *hormony i psychoterapja,* bo przez nie poprawia się czynność „zwrotnic ustrojowych". Każde życie ludzkie jest łącznością ustroju z wszechświatem. Śmierć jest unicestwieniem tejże. *Łączność nauk przyrodniczych, chemji, fizyki i nauki o wszechświecie stała się już dziś w nauce rzeczywistością. Pośrednikiem dla mnie stała się medycyna. Zwłaszcza stwierdzenie związku wielkiego mózgu z całym literalnie ustrojem, przy udziale systemu wkrewno-wegetatywnego, było decydujące* [6]). *Mózg wielki, centra międzymóżdża i móżdżek, odpowiednio ze swej strony wegetatywnie nastawione i nastrojone hormonalnie, stanowią promienną łączność człowieka z przyrodą i całym światem* [7]). *Dzięki mózgowi wielkiemu z pomocą tarczycy odpowiednio wegetatywnie przygotowanej, łączność*

---

[1]) Ma to być 1.10—50 część kosmosu. Są to tylko przypuszczenia zwłaszcza wobec zapatrywań współczesnych na wszechświat.

[2]) Materja nie jest niczem innem jak zmaterjalizowaną energją. Energja jest zenergetyzowaną materją. Dziś można tak powiedzieć wobec oszałamiającego postępu w fizyce zapoczątkowanego epokowem odkryciem Marji Skłodowskiej-Curie i jej męża Piotra Curie.

[3]) Człowiek, złożony z atomów, będących w większości pustkowiem, jest w porównaniu z masą, którąby była złożona z neutronjum, a miała rozmiary człowieka, omal że tworem nieważkim. Są przypuszczenia, iż istnieje w przyrodzie coś, wobec czego masa ludzka jest tak ciężką jak masa neutronjum ludzkich rozmiarów wobec człowieka i że to jest przyczyną zjawisk jeszcze nieznanych (t. zw. zjawy, materjalizacje i t. p.).

[4]) J. Marzecki w swej książce p. t. *„Homo normalis* w ujęciu mikrofizycznem". Twierdzenia i postulaty w ścisłej filozofji medycyny oparte na współczesnej fizyce i teorji względności mówią: „Ustrój jest zakończony, lecz nie jest ograniczony. Ustrój jest skondensowaną energją. Energja składająca się na całość ustroju człowieka, posiada postać korpuskularną jak i falową". Już tych kilka twierdzeń (1—3) określa nader trafnie istotę człowieka z punktu widzenia nowoczesnej fizyki.

[5]) Omówiłem je w pracy poprzedniej.

[6]) Kwestja ta była przedmiotem licznych mych prac omawiających stosunek różnych narządów do systemu nerwowego.

[7]) Bardzo interesującą pracę N. Kraińskiego (z Białogrodu w Jugosławji) p. t. „Mózg jako radjo-aparat i czynności wegetatywnego układu nerwowego" zamieściła Polska Gazeta Lekarska. Nr. 10. 1934. Ten problem i pokrewne omawiałem w pracy „Wśród tajemnic przyrody" umieszczonej w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Nr. 38. 1934.

ta osiąga najwyższą wartość, nieraz wyżyny dostępne tylko wybranym. Ustrój jednokomórkowy odczuwa wszystko niedokładnie swą prymitywną plazmą, która jest dlań „anteną“, odczuwa promienie życia, które jest specjalną siłą przyrody [8]), odczuwa promieniowanie będące bodźcem do mnożenia się [9]), a prawie nie odczuwa promieni dla życia psychicznego [10]). Organizm ludzki ma specjalną niesłychanie czułą „antenę“ w systemie nerwowym odpowiednio hormonalnie i wegetatywnie nastawionym.

Komórki człowieka nie reagują bezpośrednio, one wykonują rozkazy, które do nich dochodzą z „anteny“ ludzkiej, systemu nerwowego. Tylko pod pewnym względem mają jeszcze pewne zdolności oddziaływania bezpośredniego, przeważnie są to posłuszni wykonawcy rozkazów, które do nich z układu nerwowego dopływają. A energja promienna działa bardzo rozmaicie i stąd każdy człowiek jest odmienny. Przeważnie dopływają bodźce dla życia i mnożenia się i tyle z psychicznych, ile potrzeba do wykonywania zawodu, u niektórych jest więcej psychicznych, ci ludzie mają specjalne zdolności, u bardzo nielicznych są te zdolności niezwykłe, wyjątkowe, są to ludzie genjalni. I czyż można się temu dziwić, że człowiek nieodczuwający pewnych zjawisk, choć wykształcony i bardzo zdolny, nie zrozumie nigdy drugiego, wybitnie zdolnego i również wykształconego, gdy zacznie mu opowiadać o rzeczach, które istnieją, ale których ten nie jest w stanie wyczuć. „Marzyciel“, oto ocena, jaką się często niesłusznie słyszy. A dlaczego? Bo to jest zgrubsza nic innego, jak porównanie wypadku, gdyby ktoś nieobznajomiony z radjofonją miał aparat radjowy tylko na jakąś jedną stację a drugi mu mówił o pięknej audycji, gdzieś z dalekiego kraju. Marzyciel, przecież tym aparatem tego nie słychać, więc tego niema. Dużo ciekawych spostrzeżeń metapsychicznych niewątpliwie zjawisk przyrodniczych ale jeszcze nieznanych, nie ma w ten sposób dostępu do szerszego świata badaczy. A szkoda. Są między niemi zasługujące na uwagę. Takie twórcze i ścisłe umysły jak K. Richet [11]), Crookes, Oliver Lodge i in. byłyby się napewne tem nie zajęły, gdyby to było tylko marzycielstwo.

Opiszę przypadek, w którym przyroda okazała się tak marzycielską, że więcej nie mogła. Był to jeden z dwu przypadków wyjątkowo długiej agonji, które spotykałem. Dotyczył on nieuleczalnie chorego, który bardzo cenił wszelkie moje bezinteresowne usiłowania, by mu ulżyć. Wreszcie przyszła agonja, która była wyjątkowo długa tak, że nawet niektóre objawy pośmiertne już się zaznaczały. Chory był zupełnie nieprzytomny, zimny, o tętnie mowy nie było, akcji serca nie było zupełnie trzeci dzień słychać, a mimo to oddechy były ciągle wyraźne lubo bardzo zwolnione. Żadnych ruchów zresztą nie było widać. Gdyby nie oddech, każdy byłby rozpoznał śmierć. Życzono sobie, bym umierającego zobaczył jeszcze raz. Uczyniłem zadość temu życzeniu. Było to pod wieczór. Zbliżyłem się do łóżka i powiedziałem coś do otoczenia. I teraz stało się coś, co wielkie na mnie zrobiło wrażenie. Chory nagle i najniespodziewaniej z wielkim wysiłkiem odwrócił głowę ku mnie, popatrzył na mnie szklanemi oczami, zimnemi rękami starał się ścisnąć mi dłonie, a na już zupełnie trupiej twarzy pojawił się uśmiech. Chciał coś powiedzieć, ale nie mógł. Chory najwyraźniej żegnał się ze mną. Niebawem oddechy stały się bardzo wolne, a potem ustały zupełnie. Nastąpiła śmierć. Jak było to możliwe po 3 dni trwającym stanie właściwie agonalnym, nie staram się wyjaśniać. Ale widziałem to na własne oczy i twarz chorego do dzisiaj pamiętam. Nie była to zwykła marzycielska wizja — to był fakt, prawdziwe marzycielstwo przyrody.

Nie wchodzę w szczegóły, ale w opisanym przypadku miało miejsce zjawisko dziwne, niecodzienne, świadczące o tem, że są w mózgu tajemnice niedające się „trzeźwo“ wyjaśnić, choć zwykle to się dzieje ze szkodą dla nauki [12]). Nie będę przytaczał innych godnych uwagi zdarzeń, ale stwierdzam fakt istnienia bardzo wielu przypadków, które uchodzą uwagi, a które lekarz widuje w praktyce. Z tego materjału możnaby sczasem zbudować podwaliny nowej gałęzi medycyny, gałęzi dotyczącej nieznanej jeszcze funkcji ludzkiej „anteny“ t. j. mózgu, od którego zależy przecież każda komórka i dostaje gdzieś z zaświatów fale potrzebne do życia i mnożenia się. Sam mózg jest narzędziem myśli, a myślenie wynikiem działania znów innych fal pochodzących z nieskończoności kosmosu. *Zwłaszcza ta część mózgu, która najpóźniej i nie u każdego się rozwija, a której praca, o ile niema strony afektywnej, niczem się nie daje stwierdzić, jak to już wykazałem w I. etapie mej naukowej pracy, budzi najwięcej ciekawości i najwięcej jest tajemniczą i nieznaną* [13]).

Lecz dość już narazie tych podniebnych wzlotów. *One są rzeczywistością, ale napozór* jeszcze wiele, wiele lat przejdzie, zanim zaczniemy z niej zaledwie potroszę korzystać.

Wracajmy w codzienne życie, które jest dostępne dla każdego. Wrócić nie możemy odrazu, musimy wracać stopniowo. Ś. p. A. Rosner, genjalny uczony, lekarz i myśliciel mówił, że są lekarze — naukowcy, — diagności i — terapeuci. Każdy z nich to posiadacz specjalnego wielkiego talentu. Są tacy, którzy mają wszystkie trzy uzdolnienia, ale obok nich są i tacy, u których talent rozwinął się szczególnie potężnie w którymś z tych trzech kierunków. Jednymi z nich są t. zw. urodzeni terapeuci. Przejdźmy do rozważań, gdzie tkwi ich wielka lecznicza siła, dlaczego mają tak łatwy i szybki efekt terapeutyczny. Przejdźmy do tego tematu bardzo stopniowo, krok za krokiem, bo tylko wtedy będziemy mieli obraz dokładny, jasny i wyrazisty.

II.

Wspomniałem poprzednio, że w terapji chorób wewnętrznych odgrywają ważną rolę *hormony odpowiednio wegetatywnie nastawione i psychoterapia.* Co to jest hormon odpowiednio wegetatywnie nastawiony? Jest to *czynność,* ale nie substancja chemiczna. Z jednej substancji chemicznej i wielu warunków działania, wegetatywnie stworzonych, może być wiele ciał czynnych, a kilka ciał chemicznych, różnych chemicznie, może przy odpowiedniem nastawieniu wytworzyć prawie tę samą *czynnościowo substancję.* Układ wegetatywny zależy od psychiki wiążącej się ze stanami afektywnemi a stąd na jakość działania hormonów wpływa i strona psychiczna.

Psychika dzieli się na odmianę wiążącą się ze sferą afektorodną i na odmianę wyższą, bez domieszki afektów, ta pierwsza jednak jest bez porównania częstszą, a stąd stan psychiczny świadomy czy podświadowy gra przeważnie ważną rolę w funkcjach somatycznych. Łączność psychosomatyczna była tematem prac wielu autorów (J. Majer, Bleuler, Kretschmer), a Z. Tomanek [14]) starał się stosunek *psyche* do *soma* ująć w odpowiednie formuły, określające zwłaszcza wskaźnik równowagi psychosomatycznej. Co do mnie, to miałem sposobność stwierdzenia niezbitego wpływu afektów na chemizm ustroju. Opisałem me badania w roku 1924 [15]).

Wiemy dziś, że niema żadnej funkcji organizmu bez nastrojonego inkretorycznie udziału układu nerwowego, tego wielkiego łącznika ustroju z przyrodą. K. Richet wielkim, genjalnym swym umysłem dochodził do podobnych wniosków. Anafilaksję

---

[8]) Bliższe dane znajdzie czytelnik w książce J. Marzeckiego wymienionej pod 4) oraz w pracy mojej „Co to jest życie“ (Pol. Gaz. Lek. Nr. 1. 1935), jakoteż w pracy mojej poprzedzającej niniejszą. Promieniowanie życia znajduje się wśród promieni bardzo krótko-falistych (promienie kosmiczne i pokrewne).

[9]) Wedle obecnych danych są niemi promienie niezbyt krótkofaliste.

[10]) Szukać ich należy przypuszczalnie wśród fal elektrycznych.

[11]) K. Richet: *Traité de métapsychique.* Paris. 1923.

[12]) Najczęściej określa się to wyrażeniem przywidzenie, złudzenie i t. p., a o ile dotyczy kobiety, ulubionem jest rozpoznanie histerja.

[13]) Nadzwyczaj interesującą, wprost porywającą pracę o mózgu, będącą odczytem na inauguracji roku akademickiego w dniu 9. X. 1933 w auli Uniwersytetu Jagiellońskiego, umieścił w Nr. 2 i 3 Polskiej Gazety Lekarskiej S. Maziarski p. t. „Mózg i dusza“. Praca uwzględnia także twórczość Brodmanna, v. Economo i Koskinasa, Flechsiga, Goldsteina, v. Monakowa i Van Gehuchtena. Autor uważa przedni zraz czołowy i dolny ciemieniowy za 2 ogniska o wysokiem zróżnicowaniu, ogniska, „w których koncentruje się *całe życie duchowe*“. Poza niemi — pisze S. Maziarski — „istnieje jeszcze szereg ośrodków, których funkcji nie znamy, a które zapewne kryją w sobie czynności psychiczne może wyższego jeszcze rzędu, współdziałające przy procesach duchowych i nadające im to piętno nadprzyrodzone, tajemnicze, którego zbadać i pojąć nie możemy“.

[14]) Z. Tomanek: Pol. Gaz. Lek. Nr. 6, 11, 14 i 47 1933 i ponadto Pol. Gaz. Lek. Nr. 10. 1929 i Gruźlica. Nr. 1. R. VIII. 1933. Pierwsze prace dotyczą zagadnienia równowagi psychosomatycznej, drugie typologji gruźliczych ale właściwie widzianej także pod kątem równowagi psychosomatycznej. Autor bardzo słusznie uważa *soma* i *psyche* jako dwa siedliska energji, które się ze sobą stykają w układzie wegetatywnym, zostającym znów pod wpływem wkrewnym i innemi wpływami.

[15]) Pol. Gaz. Lek. Nr. 44, 45, 46. 1924.

łączył z wpływami nerwowemi. Antygen wiązał się jego zdaniem z plazmą komórek nerwowych tworząc ciało, które po wprowadzeniu tegoż antygenu po raz drugi po pewnym czasie wytwarzało substancję trującą, działającą na system nerwowy zatruwając go. Drogą systemu nerwowego (dziś wiemy, że jest nim układ nerwu błędnego) został zaatakowany czynnościowo chemizm ustroju (dziś mówimy, że raczej wątroba) a stąd zaburzenia koloidalne (zakłócenie w ruchu wody), zaburzenie elektryczne i inne — a wynik tego wstrząs anafilaktyczny albo hemoklastyczny, burza w organizmie, po minięciu której nie było już trującej substancji, nastawała antyanafilaksja. Anafilaksja, zdaniem Richeta, wstęp do każdej odporności miała podkład nerwowy [16]). Potem były liczne badania niepotwierdzające teorji Richeta w zupełności, ale ostatecznie jego zdanie zdaje się być niepozbawione przecież słuszności. Myśl genjalna nie ginie nigdy. System nerwowy musi we wszystkiem brać udział, bo jest, jak dzisiaj wiemy, ważnym łącznikiem z przyrodą. Łącznikiem o ile są obecne wegetatywnie nastawione inkrety zwłaszcza wdzielina tarczycy. Które są z nich łącznikiem właściwym? Jedne i drugie. Układ nerwowy jest tu „anteną", inkrety łącznikiem z jej właściwym neurosomatycznym żywym przyrządem. Całość przyjmuje fale, organizm dostaje prócz tego bodźce zmysłowo-czuciowe i to razem stanowi regulator ustroju. Przejdźmy do dalszych rozważań.

Współczesny wywód dychawicy oskrzelowej również nie jest do pomyślenia bez udziału układu nerwowego. *Psyche* wpływa na system wkrewno-wegetatywny i przy odpowiedniej relacji H˙ : OH' wywołuje z jednej strony nerwicę naczynioruchową, a z drugiej *bronchospasmus*, a jednym z ich zespołów jest astma. Że alergiczna dyspozycja jest również czynna, to nie ulega wątpliwości, ale alergja jest znów zależna od systemu nerwowego (*psyche*, system wegetatywny) odpowiednio inkretorycznie nastrojonego. Alergja i anafilaksja, czyto hemoklazja są sobie pokrewne, choć różnią się pochodzeniem ciał wywołujących reakcję i niektóremi cechami. Dużo pięknych prac poświęcił im J. Jankowski. Są to odmiany tego samego zjawiska zależnego w wysokim stopniu od układu nerwowego, tak jak prawie wszystkie zjawiska odpornościowe.

W roku 1933 ogłosił A. Sabatowski pracę p. t.: „O przyrodolecznictwie cukrzycy w świetle ostatnich badań". Zawarte w niej bardzo interesujące i wnikliwie przedstawione problemy, potwierdzają istnienie systemu asymilacyjnego, będącego jak widać również systemem dla spraw biorących udział w procesie zdrowienia. Oddziaływanie tegoż na bodźce świetlne, termiczne i inne, a co ciekawsze — wartość lecznicza hormonów tkankowych, zawartych w mięśniach i niektórych innych tkankach, a może i wszędzie, bardzo różnych co do swej istoty, a podobnych w działaniu, jest zjawiskiem nader interesującem. Ciała, które zdaniem Sabatowskiego usuwają zapory, wywołujące schorzenia, te prawdziwe ciała lecznicze, wytwarzają się w różny sposób, działają na system zdrowienia, są bardzo rozmaite, są one przedmiotem badań bardzo licznych uczonych. Wpływają one leczniczo na cukrzycę i hipertonję, ale nie są obojętne w hipotonji, w której ciśnienie podnoszą i na inne stany całkiem sobie przeciwne. Ciała te, które przywracają zdrowie, bez względu na jego zaburzenie są tajemnicą przyrody. Celem ich jest tylko uzdrowić. Są one wkrewno-wegetatywnej przyrody, ale nie ulega wątpliwości, że gra w nich rolę i wpływ *psyche*. I znowu schodzimy do jednego. Hormony i *psyche* — przy odpowiedniem wegetatywnem nastawieniu.

III.

Dawne to już są czasy, kiedy genjalny badacz Popielski wykrył wazodilatynę. Miał on z nią mnóstwo przykrości, ale bronił jej zaciekle. Pamiętam te zażarte dysputy w Lwowskiem Tow. Lekarskiem, którym się przysłuchiwałem. Człowiek słuchając, wynosił z tych dysput wiele. Dysputy Popielskiego z Hornowskim były to walki tytanów. Przedmiotem ich między innemi była wazodilatyna, a potem sposób badania gruczołów dokrewnych. Hornowski widział jasno zmiany anatomo-patologiczne w gruczołach wewnętrznie wydzielających. Popielski stwierdzał w eksperymencie, że do odkrycia pewnych ciał czynnych jeszcze daleko. Hornowski uważał słusznie, że system nerwowy centralny kieruje układem wkrewnym. Popielski miał zupełną słuszność, że żądał dowodu farmakodynamicznego, a tego wówczas tak łatwo nie było można dostarczyć. Dziś niema już obu badaczy. Pogodziła ich naukowo śmierć — ale przedmiot ich sporu istnieje jeszcze. *Wazodilatyna*, z której oddzielono histaminę, łatwo magazynowaną przez erytrocyty i którą z niezwykłą precyzją zbadał co do działania W. Koskowski [17]), *jest w swej reszcie pozahistaminowej dalej hormonem tkankowym*, tajemniczym, zagadkowym, uzdrawiającym niekiedy a niekiedy groźnym. Kto widział wstrząs anafilaktyczny czy hemoklastyczny może mieć respekt przed tem ciałem. Kto był ciężko chory i użył ze skutkiem myostrjatolu J. Dadleza i W. Koskowskiego (P. G. Lek. Nr. 27. 1932), hormokardjolu, karnigenu, myostonu, myostratu, angjoksylu, eutononu, kalikreiny lub padutyny — będzie miał doń zaufanie. Adrenalinę można dziś przez ciała towarzyszące osłabić, ba nawet przemienić w ciało wagotoniczne. Widziałem znów osobę, która po atropinie, jakby na złość pluła i pociła się — miała więc w sobie *coś przestrajającego*. Kto wie, czy nie istnieje ciało przestrajające i czy takiem ciałem nie jest *substancja lecząca, lub uzdrawiająca*. W zapaleniu, które zmierza do usunięcia szkodliwości, jest składnik mogący leczyć, jedno zapalenie usuwa przecież często drugie. Z zapaleniem ma leczenie niespecyficzne wspólne cechy. Oddaje ono, jak z badań hematologicznych W. Moraczewskiego [18]) wynika, częściowo obraz zakażenia i tak jak zakażenie zostaje pokonane i uruchomiona czynność lecząca i uzdrawiająca, tak ma się rzecz i z terapją niespecyficzną. Nacierania i wogóle bodźce lecznicze wychodzące ze skóry wytwarzają też ciała lecznicze (wedle J. Jankowskiego już dermografja powoduje wzrost ilości histaminy we krwi, P. G. Lek. Nr. 44. 1932) i znowu są to ciała, które niegdyś należały do wazodilatyny. Czemże więc jest ciało uzdrawiające? Czy nie jest ono tylko czynnością, tak jak czynnością głównie była spoczątku wazodilatyna. Niezadowolenie Popielskiego, od którego żądano, by podał formułę wazodilatyny, dopiero dziś jest zrozumiałe. Oddawna była znana skuteczność autoseroterapji. Mówiono, że tu działa globulina. Tymczasem powstały badania nad przyrodą płynów punkcyjnych. Wykryto w eksudatach ciało o naturze globuliny. Badania Z. Goreckiego (Pol. Archiwum Med. Wewn. T. I. Z. 4. T. II. Z. 1.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 43. 1923) posunęły te badania bardzo naprzód. Płyny zmleczone, czyto przesięki, czy mięszane, czy wysięki, w których jest zaburzona równowaga koloidalna również mają związek z obecnością pewnych ciał białkowych w płynach zapalnych, mających naturę globuliny. W moich badaniach nad odczynem płynów, które były związane z podaniem własnego odczynnika na płyny punkcyjne, swojego czasu bardzo popularnego, także natknąłem na globulinę zapalną. Kiedyś sądzono, że ona właśnie jest leczniczą. Swoją drogą z moim odczynnikiem miałem niegdyś pociechę. Rozszedł się on po świecie, zwłaszcza kiedy po opisaniu go w Przeglądzie Lek. publikowałem go w *Wiener Kl. Wochenschrift*. R. Bech Larsen i K. Secher pisali o nim w *Berl. Kl. Wochenschr.* w r. 1921. Pisano o nim w *Biochem. Arbeitsmethoden*, G. Wells (1925), w *Chemical, Pathology, Sanders Edition Philadeplhia Pen.* a Dr. Grozdanovič (1926) w *Čas. Lék. Česk.* R. LXV. L. 39/1926. Dziś już jakoś cicho o odczynniku, choć nie jest on wcale gorszy i gdyby nie to, że Z. Gorecki od czasu do czasu przez swoje znakomite prace przypomina światu i z całą dokładnością autorowi właściwą podkreśla, że był swego czasu człowiek, który bardzo się tym problemem interesował, wszyscy-

---

[16]) Istnieje anafilaksja psychiczna (S. Władyczko. Pol. Gaz. Lek. Nr. 44 i 45. 1930). Jest to proces psychiczny odpowiadający somatycznemu, t. j. anafilaksji somatycznej. Jest tu taksamo antygen, zatrucie, wprost *shok*, a nawet i antyanafilaksja. Według F. G. Schaefera jest masa-energja tylko niższym etapem układu *soma-psyche*. E. Bleuler odróżnia psychoidę i *psyche*, która powstała stopniowo z psychoidy. Pamięć koloidu jest tylko niższym stopniem pamięci człowieka. Zjawisko odporności związane jest z psychologją komórki (Metalnikow), z jej psychoidą. Anafilaksja psychiczna jest analogiczną do somatycznej i obie wpływają na siebie. Antyanafilaksja psychiczna może się stopniowo wytworzyć także przez stępienie wrażliwości, taksamo choć wolniej jak antyanafilaksja somatyczna (Besredka). Lekarz, któregoby bez powodu nie mógł znosić pacjent wskutek psychicznej anafilaksji, nie odniosłby napewno sukcesu terapeutycznego, choćby przepisał leczenie jaknajlepsze.

[17]) W. Koskowski: 1) β-imidazolyletylamina i układ krwionośny. W Krakowie, nakładem Akademji Umiejętności, 1918 (T. LVIII. Ser. B. Rozp. Wydz. Mat. Przyr.). — 2) Właściwości dynamiczne krwi w czasie trawienia. Kosmos. T. 55. Z. I—II. 1930. Serja A Rozprawy. — 3) Z badań nad rolą fizjologiczną histaminy w ustroju i zjawisk z nią związanych. Kosmos. Tom LVI. Z. 3. 1931. — 4) (wraz z M. Gedroyć'em) o transporcie niektórych substancyj odżywczych i hormonalnych w ustroju (Pol. Gaz. Lek. Nr. 13. 1930).

[18]) W. Moraczewski: Zachowanie się ciałek białych w przebiegu gorączki. Księga pamiątkowa wydana w 15 rocznicę istnienia Wydziału Lekarskiego Wszechnicy Jana Kazimierza. Lwów, 1920.

by o tem zapomnieli. Podobnie A. Sabatowski pamięta zawsze o mnie w swych interesujących pracach, o ile tylko Jego tematy schodzą się z mojemi tematami, a Z. Tomanek należy też do autorów również wspominających często o mnie głównie z racji równowagi psychosomatycznej, której jestem gorącym zwolennikiem. Reszta stopniowo zapomina o mnie. A tu problem leczniczego działania eksudatów w postaci autoseroterapji nie jest jeszcze definitywnie zakończony. Dlatego choćby tą drogą chciałbym to wspomnieć naszemu światu naukowemu, czy to jest tylko głównie proteinoterapja zwykła, czy jest jeszcze coś innego, czego nie znamy. Wstrzykując eksudat wiemy, że podajemy i gotowe ciała obronne, ale czy globulina zapalna ma tu jakie specjalne znaczenie czy tylko takie jak każde białko, czy ma ona związek z ciałami uzdrawiającemi, czy jest ona inną jak każde inne białko. Czy tworzenie ciał histaminowych i im podobnych jest takie same przy injekcji globuliny zwykłej niezapalnej, a globuliny zapalnej, wyosobnionej z eksudatu. Mam wrażenie, że jest to wszystko bardzo złożony mechanizm, biologicznie połączony do tego z wpływami psychicznemi, mogącemi go modyfikować. Widzi się bowiem, jak skuteczne jest leczenie, jeżeli nastrój psychiczny pacjenta się poprawi. To samo dotyczy wszelkich zabiegów leczniczych. Pozostaje nam dalej cierpliwie czekać na dalsze rozjaśnienie obrazu. Może substancją odpowiadającą wazodilatynie jest histamina, lub ciała jej podobne, zespolone z substancjami towarzyszącemi, a wśród nich jest może ciało przestrajające i uzdrawiające? A może ten ostatni element jest tylko energją promienną działającą w pewnych warunkach, które stwarza obecność pewnych ciał, jak histamina, jej podobne i to co prócz nich wchodzi w skład wazodilatyny. Odpowiedzi należy oczekiwać przedewszystkiem ze strony szkoły Popielskiego. Tymczasem nim ona nadejdzie, nim zbadają uczeni, czy energja promienna jest jedynym objawem tej siły przyrody, którą nazywamy życiem, z jego leczniczemi własnościami, czy i reakcje podatomowe wchodzą tu w grę — możemy stwierdzić napewno, że *w terapji chorób wewnętrznych, prócz pewnej ilości silnie działających leków, wchodzą głównie w użycie hormony przy odpowiedniem wegetatywnem nastrojeniu a prócz nich terapja niespecyficzna i racjonalna łagodna psychoterapja.* Hormony przy całkiem *odpowiedniem* wegetatywnem nastrojeniu, to niestety jeszcze dziś muzyka niedalekiej już wprawdzie — *ale przyszłości.* Inne wymienione metody racjonalnie użyte *są już dziś wykonalne. I jeszcze jeden czynnik: dietetyka.* Jeżeliby ktoś odcyfrował wiedzę zawartą w centrach międzymóżdża, miałby spisaną dietetykę dla danego człowieka, ale nie dla innego. Każdy człowiek potrzebuje innej diety. Niezwykłą wprost imponującą trzeźwością odznaczają się prace na ten temat ogłaszane przez W. Moraczewskiego i współpracowników. Autor na podstawie swych ścisłych badań wykazuje, jak złożoną jest sprawą przemiana materji, jak indywidualną i ile szkody można przynieść choremu przez sztywne przepisy dietetyczne. Wnioski wysnute z badań chemicznych u chorych mogą być niesłuszne, jeśli nie uwzględni się całości *indywidualnej przemiany materji.* „Obżartus" będzie wydzielał gorzej wodę, będzie miał zaburzenia w wydalaniu kwasu moczowego, kwasu szczawiowego, indykanu, a przy bardzo drobiazgowych pomiarach stwierdzi się wzrost acetonu (choć aceton będzie jeszcze w granicach prawidłowych). Dlaczego? Bo przepracował wątrobę. Niech nie objada się i nie opija alkoholem i wszystko będzie dobrze. Ktoś jedzie do wód, przepłókuje ustrój — wraca zdrów i orzeźwiony. Co mu tak pomogło. Przedewszystkiem spokojny, nienerwowy tryb życia, mniej obfita dieta i poczucie, że się leczy. Trochę hydroterapji (terapja bądźcobądź niespecyficzna), psychoterapja i racjonalna dietetyka t. j. nieprzepracowująca wątroby. Picie wód to trochę psychoterapja, chory musi czuć, że się leczy, a potem to tak osławione przepłókiwanie ustroju do pewnego stopnia słuszne, o ile chodzi o działanie wód, ale nigdy tak nie jest skuteczne w domu, choćby człowiek nie przejadał się, wypoczywał, starał się nie mieć trosk. Mówi się, że woda przy źródle ma radjoaktywną emanację. Nikt temu nie zaprzecza, to jest fakt, ale *na chorego działa najsilniej* „emanacja" psychiczna, *poczucie, że się leczy.* Miałem swojego czasu chorego, który wyjechał do wód, pilnie przestrzegał w dnie powszednie diety, w niedzielę jednak wyjeżdżał do sąsiedniego miasta, najadał i opijał się piwem do syta na cały tydzień i wracał w poniedziałek „na kurację". Nawet w niedzielę wypijał przepisaną porcję wody mineralnej wprawdzie „daleko od źródła, częściowo już bez emanacji radjoaktywnej". I wyzdrowiał zupełnie. Nie zaszkodziło mu jakoś czasowe nieprzestrzeganie diety. On miał bowiem *poczucie, że się leczył, miał euforję, uruchomił swój aparat zdrowienia,* co się tam w nim działo, właściwie nikt dobrze nie wie, może ciała podobne do histaminy, może energja promienna lub co innego, ale wyzdrowiał *a to był cel lekarza.* Bardzo trzeźwo i bardzo mądrze spogląda na bezsprzeczną skuteczność hydro- i klimatoterapji uczony tej miary co A. Sabatowski. I on przyznaje, że w tej terapji gra rolę bardzo wiele czynników z psychicznym włącznie. (A. Sabatowski: Klimatoterapja oraz hydroterapja ogólna i zdrojowiskowa z opisem uzdrowisk polskich. Lwów. 1923. Str. 13—15). Każde zdrojowisko czy uzdrowisko musi mieć „oprawę" wzbudzającą zaufanie do niego; musi być koniecznie i wpływ psychiczny, bo inaczej skuteczność zdroju nie będzie pełną.

IV.

Życie i jego lecznicze własności. Możemy je uważać za specjalną siłę przyrody, bo nią jest w istocie. Energja promienna, reakcje podatomowe, funkcje izotopów potasu lub promieniotwórczego wapnia — to wszystko dopiero świtanie nowych poglądów w nauce, poglądów wielkich i dalekosiężnych. Omówiłem je w pracach mych z ostatniego etapu — określiłem ich istotę w I rozdziale niniejszej pracy. Teraz nie będę wchodził w ich przyrodę. Opiszę tylko parę faktów. Byłem wezwany do 80-letniej (przeszło) staruszki. Zapalenie płuc obustronne. Bez tętna. Sina. Pytano, kiedy nastąpi katastrofa. Odpowiedziałem wymijająco. Przepisałem *infusum fol. Digitalis* z kofeiną, wstrzyknąłem olej kamforowy. Staruszka wyzdrowiała, cieszyła się dalej wnukami i ile razy zobaczyła mnie potem na ulicy, witała mię ze łzami. Żyła jeszcze przeszło 10 lat. Zmarła dopiero na „uwiąd starczy". Zmarła we śnie. „Zgasła jak świeca" mówiono. Byłem wezwany na naradę lekarską do młodego mężczyzny rosłego, pięknie i silnie zbudowanego, który dotychczas prawie nie chorował a w ostatnim czasie miał jakieś wielkie zmartwienie. Rodzice zdrowi. Stwierdziłem obustronne zapalenie płuc. Bez tętna. Siny. Zmarł rychło mimo stosowania takich samych środków nasercowych jak te, które staruszkę wyleczyły. Dlaczego ten młody, silny mężczyzna, który nigdy nie nadużywał alkoholu tak szybko zeszedł ze świata, a staruszeczka przeszło 80-letnia, która alkoholem wcale nie gardziła, wyzdrowiała: żyła jeszcze przeszło 10 lat. Wpływ psychiczny? Dlaczego jednemu szkodzą bardzo papierosy i wywołują chorobę, a drugiemu wcale nie. Dlaczego jeden nie znosi alkoholu i zaraz choruje ciężko, a drugi, gdy go nie nadużywa, dopiero po alkoholu nabiera tężyzny i żyje do późnej starości. Niewątpliwie wchodzi tu w grę *dawka życiowej energji i sprawność jego własności leczniczych.* Twierdzą niektórzy, że w tem zjawisku gra także rolę *psyche.* Używki wywołują euforję i stają się sczasem „hormonami życiowemi". Każdy człowiek ma coś co go „trzyma przy życiu"; u jednego papieros, u drugiego piwo, kieliszek wódki czy wina, u trzeciego kawa lub herbata. Przesada jest niebezpieczna. Niektórzy nie piją i nie jedzą dużo, ale lubią *nastrój* handelku, jego rozgwar, zapach potraw, dźwięk kieliszków, nawoływania „płacić", widok śniadankiewiczów, grubych, zaplutych „obżartusów", niektórzy znowu wolą nastrój kawiarni, sali dancingowej, teatru, kabaretu, sali koncertowej, to znów ulicy. Rodzice żyją szczęściem dzieci. Są zażarci urzędnicy, którzy nawet w czasie urlopu odrabiają akta. Znałem jednego takiego zawziętego urzędnika, który w chwili pójścia na emeryturę schudł i w krótkim czasie umarł wśród objawów zaduszny i niedomogi serca, mimo że prowadził życie bardzo spokojne i wygodne. Przed śmiercią jeszcze mówił o pilnych aktach, które ma załatwić. Drugim czynnikiem pobudzającym jest *sfera płciowa*[19]). I znów wracamy do tych 3 czynników, o których mówiliśmy w I rozdziale. *Życie ma lecznicze własności mające styczność z naszą psyche lub też ze sferą psychiczną i płciową.*

* * *

Terapja chorób wewnętrznych posługuje się następującemi środkami:

1. *Leki o całkiem pewnem i określonem działaniu* (etjotropowe, symptomatyczne (o wskazaniu czysto symptomatycznem lub witalnem)). Środki etjotropowe mogą różnie działać (biologicznie, katalitycznie, dynamicznie, chemicznie).

2. *Leki substytucyjne.* Tutaj należy przedewszystkiem hormonoterapja.

---

[19]) Widzi się to szczególnie u kobiet. Kobiety wolne tęsknią bardzo za miłością i stosunkiem płciowym, chciałyby przeważnie mieć dziecko, są niespokojne, ubierają się ciągle, podróżują, flirtują, mają „humory", są dla najbliższego otoczenia nieznośne, ekscentryczne, nie czują się zdrowo, płaczą bez powodu, mają dolegliwości ze strony serca, okazują cechy histerji — a gdy osiągną swój cel, małżeństwo, a są dobrane z mężem, zmieniają się do niepoznania, zajmują się dziećmi i są wyleczone ze swych „humorów", ekscentryczności i histerji; potrzeba im było nie lekarstw tylko męża.

3. *Leki ergotropowe* (Gröer). Tu zaliczamy parenteralnie podane mleko, siarkę, terpentynę i in., środki zewnętrzne: nacierania, bodźce termiczne, naświetlania, wodolecznictwo, bańki, pijawki, upusty krwi i t. p. *Są to bodźce niespecyficzne, wywołujące pewien przewrót w organizmie i uruchamiające przez to procesy zdrowienia.*

4. *Psychoterapja* i ewentualnie zalecanie spokoju fizycznego.

5. Odpowiednia dieta i zwracanie uwagi na wypróżnienia.

6. Środki profilaktyczne, zapobiegające np. powstawaniu choroby u otoczenia i i.

Leczenie etjotropowe, symptomatyczne, substytucyjne oraz profilaktyka nie będzie przedmiotem moich rozważań w niniejszej pracy. Podam tylko kilka uwag na temat terapji ergotropowej, psychoterapji i uwzględnienia diety oraz wypróżnień. Zaczne od diety. Powinna być ona niezbyt obfita, niedrażniąca, powinna dostarczać odpowiednią ilość ciepłostek, witamin i t. d. Każdy internista czytał liczne podręczniki dietetyki i ja byłem swojego czasu pilnym a nawet zażartym ich czytelnikiem. Sczasem coraz sceptyczniej zacząłem się na całą dietetykę zapatrywać, a kiedy w roku 1932 W. Moraczewski ogłosił w Nr. 41 Polskiej Gazety Lekarskiej pracę p. t.: O dawnych i nowych przepisach dietetycznych — przyjąłem ją z żywym entuzjazmem. Mówił tu lekarz i równocześnie pierwszorzędny chemik fizjologiczny, a tylko taki człowiek widzi całość. Co do mnie to znałem 3 przyjaciół, 2 stołowało się w jednej kuchni, a trzeci odwiedzał ich codziennie. Jeden zjadał mięso z obu obiadów, drugi wyjadał z nich tłuszcz, a trzeciemu zostawiali obaj słodycze. A jak wspaniale wyglądali wszyscy trzej, aż miło było patrzeć. Astenik jest bardzo często wegetarjaninem, eleuterykiem alkoholowym i zwykle nie je dużo. Nietylko dlatego jest chudy, że je mniej, ale jedno i drugie jest głównie dlatego, że jest astenikiem. Człowiek pikniczny je dużo, nie gardzi alkoholem, lubi mięso, tłuszcz, słodycze. Wygląda świetnie, ma spory podbródek, „karczysko i brzuszek". Je dużo i stąd jest tłusty — a jedno i drugie dlatego, że jest pikniczny. Inni są pośredni i jeszcze najlepiej znoszą wszelkie dietetyczne przepisy. W ostrych sprawach żołądkowych lub jelitowych najlepiej jest jeden dzień przegłodzić się. Zrobi to bez trudu astenik, trudniej osobnik pośredni, a nie jest w stanie wytrzymać człowiek pikniczny. A spróbować dać pierwszemu pełną dietę tuczącą. Zwymiotuje się, rozchoruje się na przewód pokarmowy — i schudnie. Człowiek pikniczny szybko przychodzi do siebie np. po stanach gorączkowych, które go wyniszczyły i bardzo rychło jest znów „okrąglutki". A ilość wody, którą człowiek wypija w ciągu doby, jakżeż jest różna. Są ludzie, którzy nie jedzą pikantnie i słono a piją ciągle wodę, mimo że nie są wcale chorzy, a inni w największe upały i przy słonej pikantnej diecie zadowalniają się wodą zawartą w pokarmach [20]). Dieta musi być ściśle przystosowaną do ustroju, a w stanach patologicznych równocześnie zastosowana do choroby. *Lekarz internista powinien dać możliwie tylko dietę t. zw. ramową*, a szczegóły powinien wypełnić chory, który sam najlepiej wyczuwa potrzeby swego ustroju. Ilu jest ludzi na świecie, tyle jest diet. Wszystkie diety przepisywane według książek są tylko postacią pośrednią, z wielu spostrzeżonych, które się okazały najlepszemi.

To, że *każdy powinien dbać o regularne wypróżnienie*, jest samo przez się zrozumiałem. Nie powinny w człowieku żyć tak bardzo znaczne ilości drobnoustrojów i bądźcobądź zatruwać organizm. W takim organizmie każda infekcja jest cięższą. Nawet nieżyt oskrzeli poprawia się prędzej, gdy niema zaległości w kiszkach. Są choroby, w których nie wolno używać środków przeczyszczających. Pozornie jest nieraz choroba niezależna od wypróżnienia, a jednak praktycznie widzi się zależność. Że wypróżnienie jest ważne ze względu na narząd krążenia (zaburzenia w ciśnieniu), przewód pokarmowy (nadkwaśność treści żołądkowej ustępująca po uregulowaniu stolca), nerki (zwiększenie ilości nefrytycznego białka w moczu przy obstypacji. Że wzdęcie brzucha i podniesienie przepony odbija się na funkcji narządów (płuca, serce i in.). jest samo przez się zrozumiałe. Bóle głowy męczą obstypantów. I psychika jest bardzo zależna od wypróżnienia. Czasem jest ktoś zgryźliwy, rozgoryczony, niezadowolony ze wszystkiego, hiperkrytyczny, podejrzliwy, a przyczyną jest obstypacja. Po wypróżnieniu znikają gdzieś te czarne myśli, odleciał pesymizm.

To, że *spokój fizyczny* jest niekiedy bardzo wartościowym czynnikiem leczniczym, o tem wiedzą wszyscy.

Spokój psychiczny, zaufanie do lekarza, miłe wspomnienia wypływające z podświadomości — to najpotężniejszy niekiedy bodziec leczniczy. Tej łagodnej psychoterapji nie powinno nigdy w leczeniu wewnętrznem brakować. Łagodnego *leczenia ergotropowego* nie powinno nigdy zbywać w terapji chorób wewnętrznych. Pamiętam chorego, który przyszedł do Kliniki Lekarskiej z dużą niedomogą serca. Dostał wewnętrznie *infusum fol. Digitalis* i zewnętrznie jakieś nacieranie, bo go się domagał. Po tygodniu, po wyżyciu *inf. fol. Digitalis* przyszedł powtórnie z nadspodziewanie wielką poprawą prosząc, żeby mu jeszcze przepisać *to nacieranie, bo to mu tak pomogło.* Na *inf. fol. Digitalis*, które mu pomogło somatycznie, nawet nie zwracał większej uwagi, zażywał, bo miał przepisane, ale za główne lekarstwo (bo to pomogło mu psychicznie) uważał nacieranie i wierzył w jego działanie. Nie była to dla niego tylko bardzo delikatna terapja ergotropowa, *ale i potężna* wspierająca silnie koniecznie działanie somatyczne naparstnicy *psychoterapja. Łagodne leczenie ergotropowe jest przeważnie także i psycho-lecznicze i stąd tak bardzo jest skuteczne.* I jeszcze jedna postać psychoterapji. Znam dobrze prócz interny także farmakologię. Prócz czysto internistycznych wykładów wykładałem szereg lat terapję ogólną, a rok (w zastępstwie) farmakologję, znam więc dobrze działanie środków. I właśnie na podstawie tej wiedzy śmiem twierdzić, że wiele istotnie bardzo skutecznych recept ma duży procent czynnika psychicznego. Dużo bardzo znaczy, kto lek zapisał. Jak zapisał lekarz, do którego pacjent ma wielkie *zaufanie*, widzi, że ten lekarz jest jego przyjacielem albo jest osobiście znany z wielkiej wiedzy terapeutycznej albo jedno i drugie, *wystarczy dawka znacznie mniejsza, aby uzyskać świetne działanie.* To samo dotyczy i tuczącego wpływu słabiutkich preparatów arsenowych. Jedna pacjentka utyła bardzo już po 10 injekcjach słabiutkiego preparatu — jest to możliwe? Tak ale tylko w ten sposób, że ta terapja jest także psychoterapją wzmacniającą działanie leku. Czemkolwiek jest jakieś leczenie, jest wtedy dobre, gdy prowadzi do wyleczenia, bo *to jest jego cel.* Wpływ psychiczny ważny jest nietylko w internie. Nawet w chirurgji ma on wielkie znaczenie. Wiele zależy od tego, w jakim nastroju chory był operowany, jeżeli chirurg umie choremu dodać odwagi, okazuje mu dobroć, troskliwość, jeżeli przy operacji jest jakiś lekarz, w którego chory wierzy — operacja się udaje najlepiej. *Psychoterapja jest najpotężniejszym środkiem wprost uzdrawiającym lub tylko ułatwiającym bardzo terapję właściwemi lekami.* Jeśli niema niestety jeszcze środków na zwalczenie którejś nieubłaganej choroby, jest wpływ psychiczny najlepszym czynnikiem kojącym i osładzającym ostatnie chwile człowieka. *Kiedy znajdą się środki na wszystkie choroby z wyjątkiem starości, która nie jest chorobą lecz naturalnym kresem życia, będzie wpływ psychiczny widoczny dopiero w całej pełni. Uwidoczni się potęga psychoterapji.*

A więc gdzież ostatecznie tkwi wielka siła lecznicza lekarza-terapeuty? W świadomem lub nieraz i podświadomem znawstwie ludzi, umiejętności niezwłocznego dostosowania się do każdego, wyrobienia sobie tą drogą bezgranicznego zaufania i wiary w siebie. Kiedy to jest już osiągnięte, każde leczenie jest już wtedy bardzo ułatwione. Wszystko działa już inaczej, leków potrzeba mniej, wystarczy znacznie mniej zabiegów. *Drogą psychiczną ustrój został przestrojony, zostały pobudzone do pracy ośrodki zdrowienia.* A kto wie, czy nie zwiększyła się produkcja ciał „przestrojeniowych, uzdrawiających" substancyj z grupy histaminy czy wazodilatyny, czy nie zjawia się to samo, co przy terapji ergotropowej tylko naturalnie, w porównaniu z nią, w znikomej a skutecznej ilości, bo system nerwowy ma już *psychicznie utorowaną drogę* do przeprowadzenia procesu zdrowienia, który od systemu nerwowego w znacznym stopniu zależy. A jeśli do tej psychicznej drogi dodać i ergotropową choćby najłagodniejszą i wspomóc to pewnemi w niedużej nawet ilości użytemi środkami, może efekt być wspaniały, któregoby nie było bez udziału składowej psychicznej. *Lekarz-terapeuta ma w sobie siłę leczniczą, on leczy głównie swoją psychiką, swoją obecnością, zaufaniem, które wzbudza, a reszta terapji jest skromnym nieraz do tego dodatkiem.* Hippokrates był lekarzem tego typu i w tak bardzo zamierzchłych czasach i przy tak prymitywnych środkach świetne uzyskiwał wyniki lecznicze. Bo on leczył swoim wpływem na ludzi chorych. *Siła terapeutyczna pewnych lekarzy*, której oni sami nie znają, a tylko ją wyczuwają, *jest głęboką tajemnicą przyrody. Zmusza ona znów umysł do rozmyślań, do podniebnych wzlotów. Bo tylko w ten sposób bliższym się będzie rzeczywistości.*

---

[20]) W. Moraczewski i St. Grzycki (Pol. Gaz. Lek. Nr. 23. 1931) stwierdzili, że przy diecie białkowej, przy pokaźnej diurezie, jest więcej H_2O w tkankach i mało we krwi; przy tłuszczach a mniej przy węglowodanach, rozwadnia się krew i mniej H_2O w tkankach. Woda podana bez soli wywołuje wzrost H_2O we krwi po potrawach białkowych a zagęszczenie krwi po tłuszczach.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. E. OSIŃSKI i Dr. W. PĘZIŃSKI. Warszawa.

Z kazuistyki rzadszych powikłań duru brzusznego. (Zapalenie pęcherzyka żółciowego zmartwiające. Zapalenie opon mózgowych ropne).

Z sali VI Szpitala Św. Stanisława w Warszawie.
Ordynator: Dr. E. Osiński.

Chora W. K., lat 40, robotnica, dnia 15. XII. 1932 r. przepisana została ze Szpitala Dzieciątka Jezus do Szpitala Św. Stanisława z rozpoznaniem duru brzusznego i nieżytowego zapalenia płuc prawostronnego dolnego.

Choroba rozpoczęła się przed 11 dniami silnemi dreszczami, łamaniem kości i bólami w plecach, promieniującemi ku przodowi; wystąpiła również żywa bolesność w podżebrzu prawem. Ciepłota ciała utrzymywała się stale na wysokości około 39°.

Przed 2 laty chora przebyła zapalenie pęcherza moczowego, pozatem nie chorowała.

Przy badaniu w Szpitalu Dzieciątka Jezus (7 dnia choroby) stwierdzono: wzrost średni, budowę prawidłową, odżywianie dostateczne, a ze zmian patologicznych suchy, obłożony biało-żółtym nalotem język, lekkie stłumienie i nieruchomość dolnych części płuc bez zmian osłuchowych i silną wrażliwość w okolicy woreczka żółciowego przy wątrobie niemacalnej i powłokach brzusznych nienapiętych i prawidłowo wysklepionych. Stan ogólny chorej był niezły.

Dnia następnego (8 dnia choroby) samopoczucie chorej znacznie gorsze, a w płucu prawem od tyłu u dołu pojedyncze rzężenia wilgotne, drobnobańkowe. Ciepłota ciała 38,8°—39,6°, poczem przez 3 dni następne wahała się w granicach 38°—39°—39,4°.

Morfologja krwi: czerwonych ciałek krwi 4.150.000, Hb. 95%, wskaźnik barwny 1.1, B. c. krwi 8.600, wzór: obojętnochł. 80.5%, eozynochł. 2%, monoc. 9,5%, limfoc. 8%.

10 dnia choroby ogólny stan nieco lepszy, ale w dole obu płuc znaleziono zaostrzenie oddechu i sporo rzężeń wilgotnych drobnobańkowych. W moczu o odczynie kwaśnym ślad białka, odczyny na cukier, urobilinę, urobilinogen, indykan i odczyn dwuazowy ujemne. W osadzie: 1—5 wałeczków szklisto-ziarnistych i około 20 leukocytów w polu widzenia. Odczyn Widala 1 : 800.

W dniu przybycia do Szpitala Św. Stanisława, t. j. 11 dnia choroby, prócz opisanych wyżej zmian, stwierdzono stłumienie wypuku w dole płuca prawego, duże wzdęcie i nieznaczną bolesność uciskową na całej przestrzeni jamy brzusznej ze specjalną wrażliwością obu podżebrzy i dołu biodrowego prawego.

Ciepłota rano i wieczorem 40° i od tego czasu wahała się w granicach 39°—40°, aż do 16 dnia choroby, kiedy rano wynosiła 39°, wieczorem zaś (tuż przed śmiercią) 40,6°.

Tony serca głuche, tętno słabo napięte i wypełnione, 124 na 1'. Odruchy ścięgniste leniwe, innych zmian ze strony układu nerwowego nie wykryto. Chora skarży się na częste odbijanie. Stan ogólny ciężki.

Odczyn Widala, wykonany w pracowni szpitalnej (Kierownik Doc. Dr. L. Karwacki), wypadł 1 : 1000, odczyny Para B i Para C ujemne.

14 dnia choroby w dole płuca prawego wystąpił oddech oskrzelowy i wzmożone przewodnictwo głosowe, u dołu płuca lewego przytłumienie wypuku i rzężenia wilgotne drobnobańkowe. Oddechów 36 na 1'.

Następnego dnia sztywność karku i wzmożone napięcie mięśni grzbietowych, objaw Kerniga dodatni. Źrenice słabo oddziaływują na światło. Tętno dwubitne, sinica twarzy i pleców. Brzuch wzdęty i wrażliwy na ucisk. Oddała pod siebie 8 wolnych wypróżnień. Stan bardzo ciężki.

16 dzień choroby. Nieprzytomność. Wyraźnie zaznaczona sinica twarzy, klatki piersiowej i kończyn. Wybitna sztywność karku i szczękościsk. Wzmożone napięcie mięśni kończyn górnych i wiotkość dolnych. Drżenie gałek ocznych. Źrenice na światło oddziaływują słabo. Duże wzdęcie i napięcie brzucha. O godzinie 18 *exitus letalis*. Nakłucia lędźwiowego nie wykonywano spowodu ciężkiego stanu chorej. Na podstawie obrazu klinicznego i odczynu Widala rozpoznano: Dur brzuszny. Zapalenie płuc nieżytowe obustronne dolne. Zapalenie pęcherzyka żółciowego. Zapalenie otrzewnej. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Badanie anatomiczno-patologiczne, wykonane w 24 godziny po śmierci (Dr. K. Chodkowski), dało co następuje: *Leptomeningitis purulenta basilaris et convexitatis. Peritonitis circumscripta purulenta biliaris circa vesicam felleam et fibrinosa diffusa incipiens cholecystitis necrotisans phlegmonosa.*

Bronchopneumonia confluens inferior bilateralis.

Steatosis myocardii, hepatis et renum. Dilatatio cordis dextri. Typhus abdominalis (pigmentationes post ulcera typhosa intestini ilei et coeci). Hyperplasia levioris gradus lymphoglandularum mesenterialium.

Haemorrhagiae punctatae pelvium renalium.

Posiewy ropy z opon mózgowych, pęcherzyka żółciowego i jamy brzusznej, pobrane w czasie autopsji i wykonane w pracowni szpitalnej, dały we wszystkich wypadkach pałeczki Ebertha, sprawdzone surowicą wysokowartościową (aglutynacja do miana).

Dane kliniczne łącznie z wynikiem badania sekcyjnego i bakterjologicznego ropy, pobranej na sekcji, uprawniają do rozpoznania duru brzusznego, powikłanego: 1) ropnem zmartwiającem (*necrotisans*), zapaleniem pęcherzyka żółciowego, 2) następczem ropnem zapaleniem otrzewnej, umiejscowionem około pęcherzyka żółciowego i rozlanem włóknikowem zapaleniem otrzewnej w okresie początkowym, 3) zapaleniem ropnem opon mózgowych, przyczem te sprawy ropne były zależne od pałeczki Ebertha, z punktem wyjścia z pęcherzyka żółciowego, jako zbiorowiska zarazków.

Właściwe dla duru brzusznego zmiany w kiszkach cienkich w postaci już zagojonych wrzodów i jeszcze powiększonych gruczołów krezkowych odpowiadały raczej późniejszemu nieco okresowi choroby, t. j. przynajmniej 4 tyg., niż początkowi 3 tyg. (16 dzień), jak to wynikało z wywiadów, albowiem tylko wyjątkowo sprawa durowa w kiszkach: oczyszczenie się owrzodzeń i ich wygojenie się mogłoby się zakończyć prędzej, czyli już w 3 tygodniu choroby. O ile objawy ze strony przewodu żołądkowo-kiszkowego, prócz jedynie suchego, obłożonego języka, nie wysuwały się w obrazie klinicznym choroby na plan pierwszy, o tyle schorzenie pęcherzyka żółciowego zaznaczyło się już od początku choroby, od 7 dnia w postaci jedynie bolesności w okolicy pęcherzyka żółciowego, sprowadzając w dalszym przebiegu choroby ropne zmartwiające zapalenie pęcherzyka żółciowego i następcze zapalenie otrzewnej.

Na zasadzie piśmiennictwa obcego (1) wiemy, że zapalenie pęcherzyka żółciowego pierwotne pochodzenia durowego (*Cholecystitis primaria typhosa seu e bacterio Eberthi*) może być jedynym wyrazem bakterjemji pałeczką Ebertha bez jakichkolwiek objawów duru brzusznego. Są to t. zw. postacie zewnątrzkiszkowe zakażenia Ebertha (Bezançon i Philibert). Niedawno (1934) taki przypadek spostrzegali Pic i Chapuis (2): u kobiety 24-letniej zapalenie pęcherzyka żółciowego przebiegało w postaci podostrej, objawów duru brzusznego nie stwierdzono, dwukrotne badanie serologiczne na pałeczki Ebertha wypadło dodatnio.

W durze zaś brzusznym zapalenie pęcherzyka żółciowego rozwijać się może zarówno na początku choroby (jedyny dotąd znany przypadek Rogera i Collarda), jak i w okresie rozwoju choroby od 7 do 30 dnia, najczęściej w 3 i 4 tygodniu, a nawet rzadko w okresie zdrowienia. Przytem zapalenie pęcherzyka żółciowego może mieć charakter nieżytowy, ropny i wrzodziejąco-dziurawiący.

Co do symptomatologji zapalenia pęcherzyka żółciowego, to najważniejszemi objawami miejscowemi są bóle i obrzmienie w okolicy podwątrobowej; ogólne objawy zależą od stanu duru brzusznego w chwili wystąpienia powikłania i często są wyrażone niejasno podczas pełni duru brzusznego (obostrzenie stanu ogólnego, nudności, duszność); jeżeli zaś zapalenie pęcherzyka żółciowego występuje w czasie ozdrowienia, wtedy objawy zaznaczają się wyraźnie, a mianowicie: podniesienie ciepłoty, podrażnienie otrzewnej (nudności, wymioty, czkawka, przyśpieszenie tętna), zmiana wyrazu twarzy. Brak przytem równoległości — podkreślają to wszyscy autorzy — między natężeniem objawów, a ciężkością schorzenia pęcherzyka żółciowego, jak i w zapaleniu wyrostka robaczkowego. A więc przebieg zapalenia pęcherzyka żółciowego nieżytowego i ropnego może być jednakowy, gwałtowny lub podstępny, kończąc się wyleczeniem lub ciężkiemi powikłaniami (zapalenie otrzewnej otorbione, lub uogólnione, sprawy ropne w wątrobie, około dróg żółciowych, zapalenie opłucnej ropne, ropne przerzutowe). Zapalenie pęcherzyka żółciowego dziurawiące może przebiegać bez poprzedzających objawów ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego analogicznie, jak to bywa i w schorzeniach wyrostka robaczkowego, i może ujawniać się tylko przedziurawieniem nagłem, dając obraz kliniczny zapalenia otrzewnej bardzo ostrego; jedynym objawem różniczkowym wskazującym na punkt wyjścia cierpienia, może być początkowe umiejscowienie bólu.

Zapalenie opon mózgowych w opisanym przypadku wystąpiło 15 dnia choroby; przebieg zapalenia opon mózgowych był szybki, niecałe 2 dni; zejście śmiertelne przyśpieszyły inne powikłania: zapalenie pęcherzyka żółciowego zmartwiające, zapalenie otrzewnej i nieżytowe zapalenie płuc.

W durze brzusznym zapalenie opon mózgowych należy do powikłań rzadkich; częściej stosunkowo zdarza się u dzieci, niż u dorosłych; ma charakter surowiczy lub ropny. W wysięku mózgowordzeniowym wykrywano przeważnie pałeczki durowe, wyjątkowo inne drobnoustroje: pneumokoka samego, lub wspólnie z pałeczką durową, gronkowca, prątka Kocha. Widal i Brissaut wyodrębnili nadto (1909) stany oponowe niezakaźne, bezgnilne *(status meningum asepticus)*, bez zmian cyto- i bakterjologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym, co anatomicznie, według tych autorów, odpowiada podrażnieniu opon mózgowych, oraz nazwie dawniej wprowadzonej — *meningismus*.

Zapalenie opon mózgowordzeniowych występuje w rozmaitych okresach choroby. Może ujawniać się wcześnie, na początku choroby, jako *meningo-typhus (meningitis typhosa primaria)*, a przebieg może mieć ostry lub powolny, upodabniając się w ostatnim wypadku do zapalenia gruźliczego opon mózgowordzeniowych. Może również rozwijać się w pełnym okresie rozwoju duru brzusznego, zwykle od 6 do 20 dnia, przebiegając szybko w ciągu niewielu dni i kończąc się zazwyczaj śmiercią, jak to było i w naszym przypadku.

Objawy oponowe w durze brzusznym wogóle rokują źle. Nawet przypadki z jedynym tylko objawem Kerniga dają według Nettera śmiertelność o wiele większą (20.5%), aniżeli przypadki bez tego objawu (7%), oraz 3-krotnie częstsze nawroty.

Czy przyczyną zapalenia płuc nieżytowego w naszym przypadku były również pałeczki Ebertha, powiedzieć nie można, zawartość bowiem ognisk zapalnych płuc nie była zbadana bakterjologicznie. Stwierdzonej we krwi nieznacznej leukocytozy (8.600 w mm³) i polinukleozy (80%), 8 dnia duru brzusznego, w momencie wyraźnie zaznaczonego schorzenia pęcherzyka żółciowego, nie można w danym przypadku uzależniać od działania jedynie pałeczek Ebertha, jako przyczyny ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego, a to spowodu jednoczesnego istnienia nieżytowego zapalenia płuc, którego etjologja nie została bakterjologicznie wyjaśniona. Jednakże zdarzają się przypadki, w których udaje się ustalić ścisłą zależność leukocytozy i polinukleozy od ropotwórczego działania pałeczek durowych, jakto niedawno spostrzegano na oddziale w opisanym przez Dr. J. Dybowskiego (3) przypadku ropnia gruczołu tarczowego, spowodowanego przez pałeczkę rzekomo-durową C.

Sprawa etjologji zapaleń ropnych w durze brzusznym w piśmiennictwie naszem była oddawna przedmiotem szeregu prac wcześniejszych niż zagranicą: zapoczątkował te prace T. Dunin (1885), następne zaś badania Jakowskiego (1887), Dmochowskiego i Janowskiego (1894), Świężyńskiego (1894) i innych (cyt. podług Wł. Biegańskiego (4)), stwierdziły, że część spraw ropnych w durze brzusznym powodują nie zwykłe drobnoustroje ropotwórcze (paciorkowce i gronkowce), lecz pałeczki duru brzusznego.

Uzupełnienie dotychczasowych badań jest niezbędne dla rozstrzygnięcia punktów następujących:

1) jak często przyczyną spraw ropnych w durze brzusznym jest pałeczka durowa i rzekomodurowa:

2) czy w ropieniach zależnych od pałeczek durowych i rzekomodurowych krew oddziaływa leukocytozą i polinukleozą, t. j. tak samo, jak w ropieniach powodowanych przez drobnoustroje ropotwórcze, i jaki jest w tych przypadkach wzór samej ropy?

Uważaliśmy za właściwe ogłoszenie opisanego powyżej przypadku, albowiem stanowi on przyczynek do rzadszych powikłań ropnych w durze brzusznym zależnych od pałeczek durowych, a mianowicie: zapalenia ropnego pęcherzyka żółciowego, zmartwiającego, którego pierwsze objawy zaznaczyły się już od początku choroby, od 7 dnia, a które doprowadziło do następczego zapalenia otrzewnej oraz zapalenia ropnego opon mózgowych, jakie wystąpiło 15 dnia choroby i sprowadziło wraz z innemi powikłaniami po 2 dniach zejście śmiertelne.

W piśmiennictwie polskiem publikacyj, uwzględniających tego rodzaju powikłania w durze brzusznym, nie znaleźliśmy.

Piśmiennictwo:

1) F. Widal, A. Lemierre i P. Abrami: Nouveau traité de médicine. Fascicule III. — 2) Pic i Chapuis: Société nationale de médicine et des sciences médicales de Lyon. 10 Janvier, 1934. Referat: „La Presse Médic.". Nr. 10, 1934. — 3) Dr. J. Dybowski: Nowiny Lekarskie. 1933. Zeszyt 12. — 4) Wł. Biegański: Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Tom I. Str. 68 i 81.

Adam KUNICKI. Łódź.

Wyniki leczenia ciężkich neuralgij nerwu trójdzielnego alkoholizacją zwoju Gassera.

Z Oddziału Neurologicznego Szpit. Ubezpieczalni Społ. w Łodzi.
Ordynator: Prof. Dr. Dzierżyński.

Przedmiotem artykułu jest przedstawienie wyników leczenia nerwobólu nerwu trójdzielnego przez alkoholizację zwoju Gassera oraz ocena tej metody na podstawie własnych spostrzeżeń.

Materjał obejmuje przypadki ciężkie, w których zachowawcze metody leczenia, albo były zupełnie bez wpływu na bóle, bądź też wpływ ten był niedostateczny. Z wyjątkiem jednej chorej, u której retencja kła była przyczyną bólów, w żadnym przypadku nie udało się wykryć pozytywnych czynników bólorodnych. Stanowią one grupę neuralgij samoistnych.

Ogółem leczono 27 przypadków. W 25 przypadkach wprowadzono alkohol do zwoju Gassera, w dwóch — na podstawę czaszki w okolicę *for. ovale*.

Charakterystyka materjału: kobiet 24, mężczyzn 3, wiek od 41—72 lat, prawa strona 20, lewa 7. Czas trwania choroby od 3—10 lat (jeden przypadek świeży 3 mies., jeden trwający 20 lat). Jak widać z powyższego zestawienia, materjał obejmuje ludzi w starszym wieku, ze znaczną przewagą kobiet i prawej strony. Prócz jednego wszystkie przypadki są przewlekłe.

Technika alkoholizacji zwoju Gassera. Pozycja pół-siedząca, głowa zgięta do przodu. Odurzenie chlorkiem etylu. Osoby mniej wrażliwe bez odurzenia. Miejsce wkłucia igły znajduje się 1,5—2 cm nazewnątrz od kąta ust i na jego wysokości. Kierunek prowadzonej w głąb igły wyznaczają dwie płaszczyzny. Jedna przechodząca przez miejsce wkłucia i źrenicę homolateralnego oka, skierowanego na wprost, druga poprowadzona przez miejsce wkłucia i wyrostek stawowy szczęki dolnej. Są to płaszczyzny ogólnie orjentujące igłę, nie należy jednak sądzić, że nawet najbardziej precyzyjne utrzymywanie nadanego przez nie kierunku zawsze odrazu zaprowadzi koniec igły do otworu owalnego. Najczęściej igła zatrzymuje się na kostnym masywie *planum infratemporale*, z którego trzeba się wślizgnąć do otworu owalnego. Dokładny opis tej części zabiegu byłby bezcelowy, gdyż operowanie igłą w tych okolicach, na głębokości około 6 cm, musi być oparte na doświadczeniu, zdobytem na zwłokach. Okiem, prowadzącem igłę, jest czucie ręki, które można zdobyć tylko przez ćwiczenie. Sprowadziwszy igłę z *planum infratemporale* do otworu owalnego, przesuwam ją o 2—3 mm w głąb i wstrzykuję kilka kropel 2% *novoc.* W razie prawidłowego położenia igły zjawia się w ciągu kilku sekund osłabienie czucia w zakresie nerwu trójdzielnego. Najpierw obejmuje ono teren dolnej gałązki, poczem rozprzestrzenia się na środkową i górną. W płytszem położeniu igły nie obejmuje czasem górnej gałązki. Jeżeli po wprowadzeniu nowokainy zjawiają się objawy porażenne ze strony innych nerwów czaszkowych (4, 6) np. rozszerzenie źrenicy, podwójne widzenie, zboczenie gałki ocznej, oznacza to przenikanie wstrzykniętego płynu poza torebkę oponową zwoju Gassera. Wówczas alkoholu nie wolno wprowadzać: igłę trzeba cofnąć i nadać jej położenie bardziej boczne, w stosunku do *sinus cavernosus* i szczytu piramidy kości skalistej. W sytuacjach podobnych ocenia się ważność używania nowokainy jako sprawdzianu położenia igły: porażenia nowokainowe mijają po kilku godzinach, alkoholowe mogą być trwałe. Z drugiej strony nie wolno tego cennego sposobu nadużywać przez wstrzykiwanie zbyt wielkich ilości, gdyż nowokaina łatwo przenika poza torebkę zwoju, co może być powodem przykrych zaburzeń znanych również ze znieczuleń lędźwiowych: bóle głowy, osłabienie ogólne, zapaść. Nie przekraczając 0,5 cm³ nowokainy, uda nam się zwykle uniknąć powyższych powikłań. W razie dodatniego wyniku próby nowokainowej rozpoczyna się wprowadzanie alkoholu 85%. Używam do tego strzykawki jedno-centymetrowej z podziałką 0.1. Wypieranie alkoholu ze strzykawki odbywa się ruchem obrotowym, by nie spowodować wypchnięcia jednorazowo zbyt dużej ilości. Po wprowadzeniu 0,05 cm³ czyli ½ podziałki chory już odczuwa nasilenie się znieczulenia. Dalsze ½ podz. następuje po kilku minutach, sprawdzenie igiełką zaburzeń czucia daje pogląd na rozmiar chemicznego zniszczenia zwoju. Zniszczenie to wyraża się najsilniej w zakresie dolnej gałązki, przechodząc stopniowo na środkową i górną. Tak się przedstawia gradacja zaburzeń czucia po pierwszych kroplach alkoholu. W czasie dalszej alkoholizacji, prowadzonej bardzo powoli (0.05 cm³ na 2—3 minut), zaburzenia czucia pogłębiają się najpierw w zakresie środkowej gałązki, później na terenie górnej. Dzięki tej kolejności w przypadkach, gdzie ból nie obejmuje górnej gałązki, można ją oszczędzić, co ma duże znaczenie ze względu na powikłania rogówkowe. Ponieważ większość nerwo-

bólów rozgrywa się na terenie dolnej i środkowej gałązki, sytuacja taka istnieje bardzo często. Przy postępowaniu powyżej opisanem powikłanie rogówkowe wystąpiło tylko w jednym z naszych przypadków. Ilość alkoholu wstrzykniętego w poszczególnych przypadkach waha się w granicach $^1/_2$—1 cm³. Wprowadzanie większych ilości jest niepotrzebne dla osiągnięcia leczniczego wyniku, a ze względu na możliwość groźnych powikłań musi być uważane za błąd, narażający życie chorego. Należy pamiętać, że jeśli po pierwszych kroplach alkoholu lub nowokainy nie zjawi się upośledzenie czucia, jest to dowodem, że igła nie tkwi w zwoju Gassera. Wówczas nie wolno wstrzykiwać alkoholu i należy zmienić położenie igły. Przejście przez otwór owalny może być zabiegiem bardzo łatwym, trwającym kilka minut, czasem jednak wymaga dużo cierpliwości i trwa kilkadziesiąt minut, wypełnionych żmudnem poszukiwaniem otworu. Wytrwałość zwykle nagrodzona jest dodatnim wynikiem, jednak w dwóch przypadkach, których zestawienie nie obejmuje, mimo kilkakrotnych prób przez otwór przejść się nie udało.

Bezpośredni wynik zabiegu. Dziedzina czucia: zniesienie lub osłabienie czuć powierzchniowych (ból, dotyk, temperatura), różnie wycieniowane w poszczególnych przypadkach, zasadniczo najwybitniejsze na terenie dolnej gałązki, stopniowo malejące w kierunku czoła. Czucie ucisku głębokiego nie było nigdy zniesione, odpowiednie bodźce powodowały ból bez dokładnego umiejscowienia o charakterze trudnym do określenia. Często chorzy podkreślali wrażenie obcości, sztywności, obumarcia terenu znieczulenia. Jedna z chorych miała wrażenie, że części miękkie odpadają od kości i że możnaby je bez bólu poodrywać. Czasem oko po stronie znieczulenia było siedliskiem przykrych sensacyj: wysadzanie, ucisk, poczucie obcości przy ruchach. Czasem wrażenie powiększania się lub deformacji twarzy. Przykre te sensacje mijały zwykle po kilku dniach. W dwóch przypadkach utrzymywało się uporczywie uczucie świądu, łechtanie, kłucie, palenie, mrowienie. Odczucia te występowały albo samorzutnie albo w związku z delikatnem pocieraniem znieczulonej skóry, podczas gdy ucisk głęboki wpływał tłumiąco na powyższe sensacje. Zjawisko podobne obserwujemy w bólach współczulnego pochodzenia. W przypadkach tych zadziałano skutecznie raz galwanizacją, raz dawką rumieniową promieni pozafiołkowych. Tak przedstawia się w ogólnym szkicu dziedzina czucia. Zaburzenia ruchowe dotyczyły żwaczy, lecz ustępowały po krótkim czasie. W 23 przypadkach wynik leczniczy był natychmiastowy: bóle neuralgiczne ustąpiły. W dwóch przypadkach w drugim i trzecim dniu zjawiły się lekkie bóle. Osłabienie czucia było nieznaczne wobec czego alkoholizację powtórzono, osiągając całkowite wyleczenie (4 i $4^1/_2$ roku bez nawrotu).

Z powikłań należy wymienić w jednym przypadku owrzodzenie rogówki, które wygoiło się w przeciągu 3 miesięcy bez poważniejszych śladów. Raz w czasie zastrzykiwania alkoholu zjawiło się podwójne widzenie, spowodowane niedowładem n. VI, które po 14 dniach ustąpiło zupełnie bez specjalnego leczenia. Często po zabiegu przez kilka dni skarżyli się chorzy na bóle głowy i osłabienie ogólne. W ciągu pierwszych tygodni po alkoholizacji przychodzi do częściowej lub całkowitej restytucji czucia. W niektórych przypadkach już po kilku tygodniach nie mogłem stwierdzić zaburzeń czucia, w innych po 4-ch latach upośledzenie czucia było prawie takie same, jak bezpośrednio po zabiegu.

Kontrola wyników, przeprowadzona 4 i $^1/_2$ roku, po wykonaniu pierwszego zabiegu, dała dane następujące:

2 przyp. alkoholizacji dolnej gałązki przy podstawie czaszki dotychczas bez nawrotu. Od zabiegu upłynęło w jednym 4, w drugim 4 i $^1/_2$ roku.

25 przypadków alkoholizacji zwoju G.:

1 — nawrót po 3 latach, bóle nie tak silne jak poprzednio.

1 — mimo znacznego upośledzenia czucia zjawiają się od czasu do czasu bóle napadowe.

21 — dotychczas bez bólów. Ź tego 16 chorych 3—4 lat po zabiegu; 4 chorych 1—2 lat po zabiegu; 3 chorych poniżej roku obs.

2 — nie stawiło się do kontroli.

Ocena metody. Alkoholizację zwoju Gassera opisał w roku 1913 Haertel jako sposób leczenia ciężkich form nerwobólu n. V, który miał zastąpić operację Krauzego o znacznej — bo 11% wynoszącej — śmiertelności. Uzyskała ona licznych zwolenników szczególnie w Niemczech, gdzie w rękach samego autora, Kulenkampfa, Alexandra i innych stała się cennym zabiegiem, który przy braku śmiertelności w większości przypadków dawał długotrwałe wyleczenia. Haertel uważa, że metoda jego urzeczywistniła życzenie Krauzego posiadania radykalnej i bezpiecznej metody. Kulenkampf stawia ją narówni z operacyjnem leczeniem. Obaj autorzy tłumaczą złe wyniki, osiągane przez innych, wadami techniki, brakiem dokładności i cierpliwości w przeprowadzaniu chemicznego niszczenia zwoju. U nas niewiele mówi się o tym sposobie leczenia, co zdaje się odpowiada jego małemu rozpowszechnieniu. Ocena metody na podstawie naszego materjału musi wypaść dodatnio, chociaż nie można jej uważać za idealne rozwiązanie problemu leczenia ciężkich form nerwobólu n. V. Zaletą jej jest prostota, a spośród zabiegów bezkrwawych daje najdłużej trwające rezultaty, sąsiadując pod tym względem z leczeniem operacyjnem. Cienmą stroną metody jest to, że nie u wszystkich da się zastosować. Ukształtowanie brzegów kostnych *for. ovale*, oraz ustawienie płaszczyzny otworu uniemożliwia czasem przejście igły. Drugie piętno niedoskonałości to zjawianie się nawrotów, które nie są rzadkie w zestawieniach Haertla, a w naszych kilku przypadkach były powodem powtórzenia zabiegu. Wtórny zabieg może być trudniejszy i mniej pewny. Trzeba się wobec tego liczyć z tem, że dla pewnego odsetka chorych alkoholizowanych pozostanie jako *ultimum refugium* operacja, a przeprowadzenie jej może być bardzo utrudnione, wskutek zrostów poalkoholowych. Skarżą się na to szczególniej chirurdzy w Niemczech. Argument ten, przemawiający przeciw alkoholizacji, traci na wadze w świetle badań sekcyjnych, z których wynika, że przy prawidłowej technice i nieprzekraczaniu 1 cm³ alkoh., rozległych zrostów okołozwojowych niema. Masywne zrosty, które mogą utrudnić operację są prawdopodobnie wynikiem zbyt dużej i za szybko wstrzykiwanej ilości alkoholu. Odrzucanie zabiegu spowodu nawrotów również nie jest słuszne. Najczęściej wykonywana obecnie operacja neurotomja częściowa pozazwojowa sposobem Fraziera również nie zapewnia trwałego wyleczenia, nawroty nie są rzadkością. Jedynie wyłuszczenie zwoju sposobem Krauzego zapewnia trwałe wyleczenie, lecz operacja ta obecnie już nie wchodzi w grę spowodu znacznej śmiertelności. Jak widać z tego, idealnej metody jeszcze nie posiadamy. Każda ma swe cienme i jasne strony, wskazania i przeciwwskazania:

1. Alkoholizacja najłatwiejsza technicznie, dająca się powtarzać wielokrotnie, o śmiertelności 0, niezawsze z dodatnim wynikiem.

2. Neurotomja pozazwojowa pewniejsza, lecz połączona z większem niebezpieczeństwem.

3. Wyłuszczenie zwoju — metoda o znaczeniu historycznem.

Do wyboru zostają dwie pierwsze metody. Żadnej z nich nie należy potępiać i żadnej nie gloryfikować. Trzeba w każdym przypadku uwzględnić indywidualne warunki, na które składa się stan chorego, urządzenia techniczne i przygotowanie lekarza, a wybór metody będzie logiczną konsekwencją tych rozważań.

Wśród cierpiących na nerwoból jest duży odsetek ludzi starych ze znacznemi zmianami w układzie naczyniowo-sercowym, w podupadłym stanie ogólnym. Dla tych operacja połączona jest zawsze z ryzykiem życia, którego często niewiele już im zostało. U nich lepiej zastosować alkoholizację zwoju G. U ludzi w sile wieku, w dobrym stanie ogólnym, dysponując środkami technicznemi i odpowiedniem przygotowaniem należy dążyć do leczenia operacyjnego przez neurotomję częściową pozazwojową, gdyż wyniki są trwalsze.

Piśmiennictwo:

Haertel: Die Behandlung der Trigeminusneuralgie mit intrakr. Alkoholeinspritzung. Vogel. Leipzig. 1913. — Wilms: Münch. med. Woch. 1918. — Kulenkampf: M. med. Woch. 1925. — Payr: M. med. Woch. 1921. — Haertel: M. med. Woch. 1924. — Haertel: Deutsche med. Woch. 1920. — Nouhoys: D. Zeitschr. für Chir. 1930. B. 227. — Sauermondt: D. Zeitschr. f. Chir. 1927. — Payr: Zentrbl. f. Chir. 1920.

Zdzisław SKIBINSKI Zakopane.

Prosty sposób przeciwdziałania nadciśnieniu w jamie opłucnowej przy odmie samoistnej i samodopełniającej się.

Z Sanatorium Polskiego Czerwonego Krzyża w Zakopanem.

Są różne sposoby usuwania nadmiaru powietrza z komory odmowej, gdy powstanie odma samoistna *(pneumothorax spontaneus).*

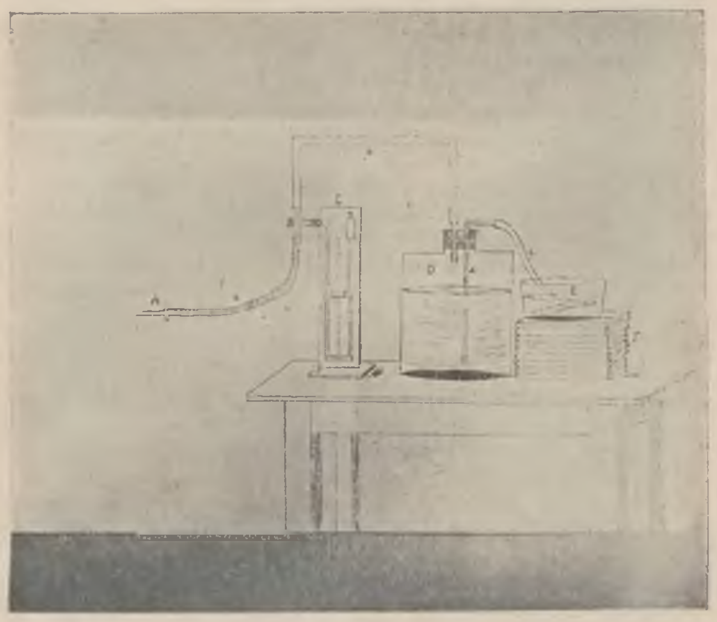
Do najprostszych, zalecanych np. przez Morelli'ego, należy wkłucie igły odmowej i nakazanie choremu liczenia od 1—20—30, aż póki ciśnienie w jamie opłucnowej nie opadnie do wysokości, na jakiej chcemy utrzymać zapad płuca.

Ten prosty sposób jest odpowiednim wtedy, kiedy wytworzona komunikacja pomiędzy płucem i opłucną jest tego rodzaju, że łatwo może się zamknąć, gdy nastąpi mniejszy lub większy

zapad płuca. Sposób ten jednak nie wystarcza, jeżeli odma stale sama się dopełnia. Wtedy bowiem co pewien czas należałoby kłuć chorego, aby nadmiar powietrza z komory odmowej odprowadzić nazewnątrz. Jest to więc męczące tak dla lekarza, jak i dla chorego, który tylko okresowo doznaje ulgi, podczas gdy w ciągu tego czasu cierpi jego akcja oddechowa i układ krążenia spowodu znacznego przesunięcia śródpiersia na stronę przeciwną i zaciśnięcia naczyń krwionośnych.

Inny zabieg stosowany w jednem z naszych sanatorjów polega na tem, że pozostawia się igłę na stałe w ścianie klatki piersiowej. Mojem zdaniem jest to zabieg dość ryzykowny. Pomijając bowiem niebezpieczeństwo zakażenia od zewnątrz, zabieg ten znosi ciśnienie dodatnie w opłucnej, co uniemożliwia dostateczny zapad płuca. Brak zaś zapadu, to brak warunków do zamknięcia się otworu komunikacyjnego, a gdy stan ten utrzymywać się będzie dłużej, może sprzyjać przejściu drobnoustrojów chorobotwórczych z oskrzeli na opłucną i wywołać zapalenie septyczne.

Jak ważne znaczenie ma zapad płuca w przypadkach pęknięcia, warto przytoczyć przykład, jaki podawał nam prof. M o r e l l i w swych wykładach. Gdy, mianowicie, u Carusa nastąpiło pęknięcie płuca, lekarze leczący go popełniali ten błąd, że stale wypompowywali powietrze z opłucnej zamiast dopełniać je, aby spowodować zapad płuca. W następstwie tego powstało ropne zapalenie opłucnej, które stało się przyczyną śmierci sławnego śpiewaka.



Ryc. 1. A — igła z tarczą, a — wąż gumowy, łączący igłę z manometrem (C), stale otwartym i przez rurkę b z flaszką o pojemności 15 l (D), d — lewar, przez który ścieka woda do naczynia (E) spowodu różnicy poziomów w naczyniu D i E, F — podkładki.

Pewne zastrzeżenia budzą się również, gdy rozpatruje się aparaturę, podaną przez L. W ę g r z y n o w s k i e g o (Ryc. 1). Siłą regulującą jest tu działanie ssące, wynikłe z różnicy poziomów wody w dwóch naczyniach, połączonych lewarem. Jasnem jest, że różnica ta nie może utrzymać się, jak długo w opłucnej panować będzie ciśnienie dodatnie. Będziemy mieli wtedy zjawisko podobne, jak przy wypuszczaniu gazu aparatem odmowym.

Gdy zatem mamy do czynienia z odmą samodopełniającą się, należałoby stale obsługiwać aparat, przelewać wodę lub obniżać poziom naczynia drugiego, aby to działanie ssące aparatu nie znikło natychmiast. Różnica poziomów istnieć może samodzielnie dopiero wówczas, gdy w opłucnej powstanie ciśnienie ujemne, lecz wtedy nie będziemy mieli zapadu płuca. Zapad bowiem płuca przy ciśnieniu ujemnem w opłucnej byłby możliwym tylko w takim wypadku, gdyby pęknięcie nastąpiło w płucu marskiem lub wykazującem stosunkowo wielkie stenozy względne oskrzeli, kiedy to skłonność do zapadu płuca jest większa, aniżeli zdolność jego do rozprostowania się pod wpływem ciśnienia ujemnego w opłucnej.

Czy jednak wtedy podtrzymywanie ciśnienia ujemnego w opłucnej sprzyjać będzie zamknięciu się otworu w płucu, należy wątpić. Ale być może, że pomimo utrudnienia zapadu płuca, pęknięcie może się łatwo zamknąć. (Byłoby to prawdopodobnie zamknięcie reakcyjno-zapalne). Świadczą o tem wyniki, jakie otrzymał W ę g r z y n o w s k i. Ten doświadczony ftizjolog wyraża się bowiem o skuteczności tego zabiegu następująco: „Stosując mój aparat, widziałem zawsze doskonały skutek nawet w przypadkach, gdzie otwór w płucu był zasunięty klapą, skutkiem czego samoistna odma, wzrastając stale, powodowała nieraz i duże duszności. W tych wypadkach załączenie aparatu sprowadzało natychmiastową ulgę“ [1]).

Bezsprzecznie aparat ten musi wyrównywać zaburzenia oddychania i krążenia i z tego samego powodu musi być uznany jako bardzo pożyteczny.

W sanatorjum P. C. K. w Zakopanem dotychczas stosowaliśmy w przypadkach pęknięcia płuca zwyczajne wypuszczenie powietrza przy pomocy aparatu odmowego. Ostatnio jednakowoż stanęliśmy wobec konieczności stosowania tego zabiegu zbyt często, co kilka godzin, skutkiem czego zrodziła się potrzeba obmyślenia takiego aparatu, któryby oszczędzał więcej i chorego i lekarzy.

Wprzód jednak, zanim opiszę ten aparat, przytoczę krótki wyciąg z historji choroby:

Chory, M. St., mężcz., lat 48, naucz. gimn., budowy astenicznej, wagi 47,8 kg, wzrostu 154 cm. W młodości nigdy nie chorował. W r. 1916 przeziębił się i dostał wysięku opłucnej po stronie prawej. Potem czuł się osłabionym, kaszlał. Był na rocznym urlopie wypoczynkowym. W jesieni 1933 przebył grypę z gorączką ponad 38° i obfitem odpluwaniem. Od tego czasu często miewał stany podgorączkowe. W październiku 1934 przez pewien okres czasu temperatura utrzymywała się przy 40° a w grudniu tegoż roku miał krwotok. W styczniu 1935 przybył do sanatorjum.

Stat. praes.: Blady, powłoki wiotkie, brak podściółki tłuszczowej, liczne braki zębów, błony śluzowe blade. Klatka płaska, długa, miarowa. Rozszerzalność skąpa, lecz równomierna po obu stronach. Drobne i twarde gruczoły w dołku nadobojczykowym. Tarczyca niemacalna. Spinalgji brak. Żołądek opuszczony o 3 palce poniżej pępka. Wątroba wystaje spod łuku i macalna. Śledziona niepowiększona. Objawy toksyczne: Gor. 38,2°. Potów i bólów niema. Apetyt lichy, stolce regularne. Tętno 78, słabo napięte. Maks. 115 mm Hg, Min. 84 mm Hg. Sen dobry. Kaszel uporczywy. Odpluwa niewiele.

Opukiwaniem i osłuchiwaniem stwierdza się na całej przestrzeni po stronie prawej zmiany natury wrzodziejąco-włóknistej z jamą w prawym szczycie i zmiany o słabszem nasileniu w języczku płucnym po stronie lewej (t. zw. 3 szczyt). Serce wymiarów prawidłowych. Tony nieco głuchawe, bez szmeru. Rentgenogram wykazuje jamę w prawym szczycie o dość twardych zarysach z licznemi ogniskami posiewowemi w polu środkowem i dolnem prawem i dolnem lewem. Kąty przeponowo-żebrowe po obu stronach wolne.

Badania laboratoryjne: Krew: Grupa krwi B. Hb. — 78%, wskaźnik 0,84. Retikulocytów 8% w rozłożeniu na grupy: I 0%, II 10%, III 40%, IV 50%. Czerw. ciał. krwi 4,680.000, białych ciałek krwi — 8.000. Limf. 20%, pałecz. 2%, segment. 69%, kwasochł. 3%, zasadochł. 0%, monoc. 6%. O. B. 23/1, 55/2, 105/24. Odczyn Witebskiego w rozcieńczeniu od 1/2 do 1/486 wykazuje wstrzymanie hemolizy o nasileniu: +++. To samo odczyn autohemolityczny. Odczyn Weltmanna: pasmo koagulacyjne nieznacznie przesunięte na lewo, do 0,4‰ $CaCl_2$, świadczące o procesie wysiękowym. W plwocinie obecne prątki Kocha, długie, ziarniste. Skala Gaffky'ego II. Włókna sprężyste obecne. W osadzie moczu kilka krwinek. W próbie Buscaino osad wybitnie czarny, wskazujący na rozpad białka ustrojowego.

Wobec takiego stanu chorobowego postanowiono założyć odmę opłucnową na stronę prawą. Ponieważ jednak chory wysoko gorączkował i miał męczący kaszel, który trudno było opanować i pozatem chory nie godził się na natychmiastowe założenie odmy, więc narazie wyczekiwano odpowiedniejszego momentu. Po miesiącu pobytu w sanatorjum nagle wśród silnego kaszlu podczas nocy nad ranem chory poczuł ból w klatce i gwałtowną duszność, która powiększała się z chwili na chwilę. Lekarz dyżurny stwierdził odmę samoistną po stronie lewej, czyli względnie zdrowej, i wypuścił 600 cm³ gazu. Stan chorego uległ poprawie. W ciągu dnia zaszła tylko raz jeszcze potrzeba wypuszczenia powietrza. Nocy następnej ponownie wśród większego kaszlu duszność zaczęła się szybko wzmagać. Kilkakrotne i częste upuszczania gazu obecnie przynosiły już tylko krótkotrwałą ulgę.

Chory przedstawiał obraz pożałowania godny. Prócz ogromnej duszności z sinicą błon śluzowych i kończyn można było

[1]) Wyjątek z listu, który był łaskaw mi przesłać p. Dr. W ę g r z y n o w s k i wraz z zezwoleniem na zużytkowanie go.

stwierdzić zarazem objawy zaburzonego krążenia: bladość twarzy i tętno słabo wypełnione. Śródpiersie było przesunięte na 5 palców na stronę prawą. Chory czuł się tak źle, że zaczął wypowiadać groźby popełnienia samobójstwa.

W tym czasie zastosowaliśmy aparat, który teraz opiszę (Ryc. 2).

Aparat ten składa się z 3 części: butli o 2 kurkach trójdrożnych, manometru i cylindra, wypełnionego jakimkolwiek płynem dezynfekcyjnym (słaby Lugol). Zamiast specjalnej butli może być użyta zwyczajna kolbka szklana, odpowiednio wielka, zamknięta korkiem gumowym, przez który przechodzą 2 rurki szklane, krótkie, kończące się tuż pod korkiem gumowym, zaopatrzone w kurki, z których przynajmniej jeden musi być trójdrożny. Najlepiej użyć do tego celu flaszkę od aparatu Morelli'ego, służącego do przemywania opłucnej. Taki aparat powinien być w każdym zakładzie, gdzie się leczy choroby płuc, gdyż tak jest niezbędnym, pożytecznym i łatwym do zrobienia.

Krótki trójgraniec, wbity do opłucnej, przy pomocy gazy i przylepca przymocowuje się do ściany klatki piersiowej i wężem gumowym łączy się z jednem z 3 ramion pierwszego kurka butli. Drugie ramię kurka łączy się z manometrem, trzecie zaś tkwi we flaszce. Drugi kurek butli ma połączenie z cylindrem, wypełnionym wodą, zapomocą węża gumowego, zakończonego rurką szklaną, długą na 20—30 cm.



Ryc. 2. Butla o 2 kurkach trójdrożnych, manometr od aparatu odmowego i cylinder wypełniony płynem wraz z rurką regulacyjną.

Ta rurka szklana jest najistotniejszą częścią składową całego urządzenia. Spełnia ona bowiem rolę regulatora ciśnienia w opłucnej, pod jakiem chcemy pozostawić płuco. Gdy w klatce piersiowej wytworzy się większe ciśnienie, aniżeli może istnieć przy danej głębokości zanurzenia rurki w płynie cylindra, wówczas wszelki nadmiar gazu uchodzić musi przez rurkę i wydobywać się będzie w postaci baniek powietrza na powierzchnię płynu. Skręcając odpowiednio pierwszy kurek butli, możemy każdej chwili odczytać na manometrze ciśnienie, panujące w opłucnej. Staramy się rurkę regulacyjną zanurzyć do takiej głębokości, aby średnie ciśnienie w jamie opłucnowej wahało się około + 5. Przy takiem nastawieniu regulacji utrzymujemy płuco w zapadzie, potrzebnym do szybkiego zamknięcia się otworu pęknięcia, przeciwdziałamy przejściu zakażenia na opłucną, a równocześnie usuwamy wszelkie zaburzenia oddychania i krążenia, dając choremu natychmiastową i trwałą ulgę.

W całem tem zestawieniu butla niema innego zadania do spełnienia, jak tylko to, aby służyć jako pojemny zbiornik bezpieczeństwa na drodze pomiędzy klatką piersiową, a rurką regulacyjną. W razie obecności płynu w jamie opłucnowej i wtłoczenia go do węża butla może go łatwo przyjąć bez naruszenia regulacji w cylindrze. Z drugiej znów strony zbyt wielki spadek ciśnienia w opłucnej, jaki powstaje w pierwszej fazie odruchu kaszlowego, nie może grozić wciągnięciem płynu z cylindra do jamy opłucnowej, gdyż zatrzyma go po drodze butla.

Gdy przypuszczamy, że pęknięcie już się zasklepiło, możemy zmniejszyć głębokość zanurzenia rurki regulacyjnej, aby zmniejszyć ciśnienie w opłucnej i przyśpieszyć proces rozprostowywania się płuca. Należy jednak zauważyć, że, nawet bez zmieniania zanurzenia tej rurki, płuco może się rozprostować, gdyż z chwilą zamknięcia pęknięcia powietrze zawarte w jamie opłucnowej ulegać będzie wchłonieniu i miejsce jego zajmować będzie rozprostowujące się płuco bez zmiany ciśnienia w opłucnej. Pozatem, gdy chory rozmawia lub kaszle, wzrastające ciśnienie dodatnie w opłucnej wyprowadza część powietrza z komory odmowej, przyczyniając się w ten sposób do rozprostowania płuca.

W naszym przypadku już w 24 godz. po zastosowaniu aparatu nastąpiło zamknięcie otworu perforacyjnego, gdyż po tym czasie przeprowadzane krótkotrwałe przerwy łączności między jamą opłucnową a aparatem nie wykazywały dalszego wzrostu ciśnienia, w następnych zaś 24 godz. płuco rozprostowało się zupełnie i dalsze stosowanie aparatu okazało się zbytecznem.

Muszę tu dodać, że do tak szybkiego ustąpienia perforacji przyczynił się zapewne wysięk, zresztą skąpy, jałowy i bezgorączkowy, na powstanie którego bez wątpienia wpłynął pierwszy okres silnych zaburzeń, zanim zastosowano aparat, regulujący ciśnienie w opłucnej.

Na podstawie wszystkich przytoczonych tu powodów sądzę, że opisany aparat spełnia zadanie, do którego został obmyślany, i dlatego powinien znaleźć zastosowanie dla zebrania dalszych z nim doświadczeń.

Co do samego przypadku wspomnę jeszcze, że po zamknięciu się otworu pęknięcia wyłoniło się zagadnienie, czy podtrzymać odmę na tem płucu do czasu wchłonienia się wysięku, czy też pozwolić na zarośnięcie opłucnej, co w przyszłości mogłoby uniemożliwić stosowanie odmy po tej stronie, gdyby zaszła tego potrzeba. Wybrano pierwszą możliwość i odmę podtrzymano.

Piśmiennictwo:

1) E. Morelli: Instrumento per l'attuazione del pneumotorace e per la cura delle sue complicanze. Roma 1933. — 2) Z. Skibiński: Pol. Gaz. Lek. Nr. 40 i 44. 1934.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr. 10. 1935. Januszkiewicz St.: Zarys radjodiagnostyki przełyku. — Schieber M. i Grauberg-Grabecki F.: Znaczenie badania radjologicznego dla rozpoznania schorzeń wyrostka robaczkowego. — Zawadowski W.: Niedomykalność zwieracza Oddi'ego w obrazie radjologicznym. — Lachowicz A. i Goldman M.: Pneumoradjografja stawu kolanowego. — Werkenthin M.: Radjodiagnostyka ziarnicy złośliwej. — Zawadowski W. i Werkenthin M.: Rentgenoterapja ziarnicy złośliwej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 20. 1935. Gantz M.: Z kliniki gruźliczych wysiewów naczyniowych do płuc. — Festensztat A., Iberbein M. i Kryński B.: O karłowatości pochodzenia nerkowego (Nanismus renalis). — Srebrny Z.: Czy można z absolutną pewnością rozpoznać klinicznie błonicę gardzieli. — Goliborska T.: Diagnostyka bakterjologiczna błonicy i jej znaczenie dla kliniki. — Braude-Hellerowa A.: Patogeneza i klinika wrzodu żołądka i dwunastnicy u dzieci. — Dawidson A.: Z kliniki wrzodu dwunastnicy u niemowląt. — Festensztat A.: Z kliniki wrzodu żołądka u dzieci. — Płońskier M.: Wrzody dwunastnicy w materjale sekcyjnym Szpitala dla dzieci im. Baumanów i Bersonów. — Weinkiper E.: Postępowanie chirurgiczne w przypadkach posocznicy usznej i migdałkowej. — Owczarek A.: O bronchografji. — Saidman M.: Przyczynek do kazuistyki promienicy narządów wewnętrznych. — Lawendel E.: Promienica płuc u dzieci. — Iberbein M.: Z kazuistyki duru brzusznego. — Lawendel E.: Z kazuistyki duru u dzieci. — Saidman M. i Rafałowski L.: W sprawie szybkiego rozpoznawania pneumokokowego zapalenia otrzewnej. — Pianko N.: Dwa przypadki zatrucia salicylanem sodu u dzieci. — Hufnagelówna

J.: Przypadek zakażenia gośćcowego ze szczególnem zajęciem stawów u 12-letniej dziewczynki. — Wolfstein St.: Przypadek choroby Herter-Heubnera.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 22. 1935. Piotrowski A.: Sirupus iodotannicus phosphoricus — przygotowanie i analiza. Muszyński J.: Przyczynek do historji aptek wileńskich przed 115 laty.

Wiadomości Weterynaryjne. T. XIV. Nr. 178. 1935. Szabłowski J.: Zagadnienie wojny gazowej. — Szabłowski J.: Oparzenia luizytowe skóry konia. — Kulesza J.: Trujące bojowe a środki spożywcze. — Górniewicz Z.: Badania nad działaniem gazów duszących na mięso.

Prasa Lekarska. Nr. 6. 1935. Węgierko J.: Kilka uwag o wydzielaniu i wydalaniu żółci. — Scowen E. F. i Spence A. W.: Pozajelitowe stosowanie stężonego wyciągu wątrobowego w leczeniu niedokrwistości złośliwej. — Rabasse: Leczenie podtrzymujące przy nadciśnieniu tętniczem. — Whittingdale J.: Zagadnienia okresu przekwitania. — Simpson-Smith A.: Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci. — Lian C. i Facquet J.: Leczenie hipercholesterolemji w zapaleniu tętnic. — Miller R.: Rozpoznawanie chorób serca u dzieci. — Lavedan J.: O leczeniu nowotworów złośliwych jadem okularnika (kobry). — Nadto „Prasa Lekarska" zamieszcza stale następujące działy: I. Z praktyki dla praktyki. II. Prelekcje, odczyty, wykłady. III. Excerpta therapeutica. IV. Najnowsze postępy medycyny. V. Colloquium medicum. Do niniejszego numeru dołączona jest monografja: Martyszewski P.: Leczenie zapadowo-uciskowe gruźlicy płuc.

Biologja Lekarska. Z. 4. 1935. Dmochowski A.: O współczesnym stanie chemji i fizjologji kwasów nukleinowych. — Remlinger P. i Bailly I.: Biologiczne metody wczesnego rozpoznawania ciąży.

Młoda Matka. Nr. 11. 1935. Stopnicka M.: Jarzyny czy owoce. — Kapuścińska M.: Jak gotować mleko. — Warszawska St.: Dziecko nadpobudliwe. — Średnicki St.: Ostrożnie z naświetlaniami słonecznemi. — Nadto numer ten zawiera szereg innych zajmujących artykułów.

Pielęgniarka Polska. Nr. 5. 1935. Mulakowa A.: Praca pielęgniarki społecznej w warunkach prowincjonalnych (dok.).

Czasopismo Dentystyczne. Nr. 2. 1935. Rojka J. i Weiss N.: Dostawki podparte i mostki śrubowe (c. d.). — Bachrach E.: Czy ćwiek korzeniowy musi być koniecznie usunięty w razie zastosowania nowej dostawki. — Türk E.: O hekolicie. — Szalman A.: Dlaczego należy unikać stosowania metali nieszlachetnych w jamie ustnej.

Życie Dziecka. Nr. 5—6. 1935. Babicki J. Cz.: Cel kolonji wypoczynkowej dla dzieci i jego realizacja. — Roszkowska M.: Półkolonje letnie. — Hryniewiecki St.: O czem powinni pamiętać organizatorzy obozów i kolonij dla młodzieży. — Flisak J.: Z zagadnień wychowawczych na kolonjach. — Bobrowska B.: Z przeżyć kolonijnych.

OCENY.

Manuel d'analyse chimique qualitative et quantitative. HENRI MATHIEU. In 8°, 724 str. z licznemi ilustracjami. Nakładem Masson et Co. Paryż 1934. Cena 60 franków, w oprawie 70 franków.

Przed kilku miesiącami wyszedł nakładem znanej firmy Masson obszerny podręcznik analizy chemicznej, pióra Prof. Mathieu, który od szeregu lat jest kierownikiem ćwiczeń praktycznych z chemji na wydziale przyrodniczym Sorbony. Książka ta została przyjęta we francuskiej prasie fachowej z uznaniem tak powszechnem, że wskazanem się zdaje zwrócić na nią uwagę kół specjalistów w kraju. Jednomyślna wprost pochwała jasności i przystępności wykładów, ze strony zarówno chemików jak fizjologów i technologów francuskich, wywołuje poniekąd wrażenie, że jest to podręcznik, mający wszelkie szanse, by stać się, jak się mówi, „klasycznym".

Książka prof. Mathieu jest przedewszystkiem świetnym podręcznikiem dla studentów, którzy przyswoiwszy sobie wiedzę czysto książkową, są w niemałym kłopocie, gdy wchodzą w sferę eksperymentu i gdy muszą budować pomost między praktyką analizy a zasobem wiadomości teoretycznych. Zaiste każdy krok na drodze konkretnego eksperymentu został przez autora nietylko dokładnie opisany — lecz również w pewnym sensie przewidziany.

Prof. Mathieu uwzględnia mianowicie zgóry wszystkie błędy i wszystkie możliwe zboczenia z właściwej drogi, na które jest narażony początkujący student w laboratorjum. Zaznacza na każdej stronie nietylko co i jak należy robić, lecz także dlaczego tak należy postępować, a przytem poucza, czego i dla jakich powodów należy unikać. Słowem nie ogranicza się on do samych „przepisów" analizy, ale stara się również o to, by uczeń dobrze zrozumiał każdy etap swej pracy.

Podręcznik Prof. Mathieu, podzielony jest na dwie części, z których pierwsza poświęcona jest analizie jakościowej, druga zaś objętościowej.

Część pierwsza zawiera mianowicie studjum odczynników, materjału analizy i posługiwania się tym materjałem, dalej badanie katjonów i anjonów i studjum szczegółowe analizy substancyj stałych, wreszcie rozdział poświęcony eliminacji fosforanów. W każdym z rozdziałów poświęconych badaniom katjonów i anjonów autor uwzględnia stopniowo reakcje, które uczeń umie już przeprowadzać, gdy badania te stanowią bezpośrednie zastosowanie do grawimetrji — podaje dokładnie i w sposób kompletny szczegóły eksperymentu w tych oznaczaniach grawimetrycznych, opisując między innemi oznaczanie siarczanów, fosforanów, azotanów, magnezu, sodu i t. d.

Druga część poświęcona jest analizie objętościowej a więc miareczkowaniu, oraz analizie gazów (tak bardzo często pomijanej).

Dział miareczkowania zawiera wszystkie sposoby oznaczania miareczkowego, a dla każdej metody kompletny wykład teoretyczny samej zasady reakcji. Zawiera ona ponadto sposoby przygotowywania płynów mianowanych i ich utrzymywania. W tej części znajduje się również dokładne *„exposé"* historyczne wszystkich metod.

Podobnie jak w pierwszej części autor uwzględnił troskliwie metody specjalnie użyteczne dla biologów, fizjologów i lekarzy, które nie znajdują się w podręcznikach klasycznych analizy.

Niezwykle życzliwe przyjęcie, z jakiem podręcznik Prof. Mathieu spotkał się we Francji, pozwala przypuszczać, że wzbudzi on u nas zainteresowanie zwłaszcza wśród tych, którzy cenią jasność i zwięzłość właściwą umysłowi łacińskiemu.

Dr. P. Kucharski (Paryż).

Néphrites toxiques aiguës. (Zapalenia nerek toksyczne ostre). M. FAURE-BEAULIEU et ROBERT CAHEN. G. Doin et Cie Éditeurs. Paris 1935.

Niewielka książka (13.5/18 cm), stron 149, z tego 102 poświęcone zapaleniom ostrym nerek na tle zatrucia rtęcią i jej preparatami, reszta ujęta krótko, treściwie *(nephritis* na tle zatrucia Bi, Au, Ur, chloroformem, eterem, arsenobenzolem, trypaflawiną, algokratyną, aspiryną, chininą, formolem, ołowiem i i. oraz zapalenie nerek anafilaktyczne). Uwzględnione wcale obfite piśmiennictwo (przeszło 150 prac). Rozdział pierwszy poświęcony zapaleniom ostrym nerek, spowodowanym zatruciem rtęcią i jej preparatami, najobszerniejszy i najbardziej interesujący. Po omówieniu dat historycznych i etjologji, omawia autor dokładnie część kliniczną zatrucia rtęcią (objawy, przebieg, komplikacje), prognozę, postacie zatrucia, rozpoznanie, patogenezę i leczenie. Inne rozdziały omówione znacznie krócej. Mowa naturalnie o nerkach, ale niebrak i innych interesujących szczegółów.

Wszystkie części książki praktycznie cenne, teoretycznie godnemi uwagi są rozważania nad chemizmem ustroju przy zatruciu rtęcią (azotemja, zaburzenia w rozmieszczeniu chloru, zboczenia reszty przemiany mineralnej, zwichnięcia równowagi kwasowo-zasadowej, stosunek N : Cl: acydoza, zachowanie się ciśnienia osmotycznego i i.). Ze względu na te rozważania ma książka nietylko czysto praktyczną ale też i naukową wartość. Napisana bardzo łatwo i przystępnie, druk i ryciny staranne, całość robi nader sympatyczne wrażenie.

H. Sochański (Lwów).

Die Blutegelbehandlung. (Leczenie pijawkami). H. BOTTENBERG. 128 str. Stuttgart. Hippokrates-Verlag. Cena 5,80 marek niem.

Kryzys w medycynie — nowa epoka w sztuce lekarskiej — medycyna syntetyczna i biologiczna, — oto hasła, z któremi coraz częściej spotykamy się w współczesnej literaturze lekarskiej. Jesteśmy świadkami, — nie po raz pierwszy w historji nauk lekarskich, — ewolucji naszych pojęć w kierunku odmiennym od tego, co nam dały studja w klinikach i pracowniach uniwersyteckich. Obserwujemy, jak coraz słabszym jest wpływ nauk ściśle przyrodniczych na nasze lecznictwo, odstępując miejsca tak zwanej „medycynie biologicznej". Leży bowiem za

nami okres, przebogaty w odkrycia, pełen owocnej pracy, ale i pełen groźnych błędów i omyłek. I oto zadanie dla naszego pokolenia lekarskiego: dokonać syntezy bogatych doświadczeń ubiegłych stuleci z wiadomościami i krytycyzmem nowoczesnych badań.

„Wahadło historji medycyny", powiada autor, „wraca z jednego krańca i bije ku środkowi". Obyśmy potrafili zahamować ruch jego w położeniu takiem, jakie byłoby najbardziej korzystnem dla cierpiącej ludzkości.

Niedawno ref. omawiał na łamach P. G. L. książkę B. Aschnera o leczeniu konstytucyjnem chorób umysłowych u kobiet, — wyrażając zdanie, że należy czekać na dalsze wyniki i prace tej szkoły „biologicznej", aby móc ocenić jej wartość praktyczną. Przyczynkiem dość interesującym do tej oceny jest praca Bottenberga. Monografja, napisana jasno, wydana starannie. Na wstępie czytelnik znajduje opis biologji samej pijawki *(hirudo medicinalis)*, poczem następuje dział historyczny. Autor podaje dalej technikę leczenia i kilka ładnych fotografii, przechodząc kolejno do swoich doświadczeń lecznicych. Leczy od 8 lat swych pacjentów sposobami fizykalnemi, upustami krwi oraz środkami homeopatycznemi; w tym dziale omawia 52 przypadki, przeważnie własne. Są to sprawy zapalne, ostre i przewlekłe, — historje choroby mniej lub więcej przekonywujące czytelnika o skuteczności leczenia pijawkami, dalej opisuje zaburzenia w krążeniu i choroby nerwowe.

Te ostatnie należą zdaniem ref. do najsłabszych dowodów skuteczności omawianego leczenia. Autor opisuje np. przypadek padaczki u 20-letniej panny *(epilepsia cum amenorrhoea)*, w którym napady padaczkowe zaczęły się równocześnie z miesiączką w 15 roku życia. W chwili leczenia chora nie ma miesiączki, zato bardzo częste ataki. O atakach tych autor pisze, że są „typowe", nie wspomina jednak o własnej obserwacji choć jednego napadu, zewnętrznych urazów na ciele nie stwierdził, język był bez zmian i blizn. Dalej podaje, że nie badał chorej ginekologicznie, co uważa za zbyteczne (!). Chora ta była wogóle słabo rozwinięta, konstytucję opisuje jako *„habitus phtisicus"* i serce jako nerwowe. Leczenie polegało na podawaniu homeopatycznych dawek fosforu oraz stawianiu pijawek na górnej części ud po obu stronach co 5 dzień. Rezultat: napady zanikają zupełnie, miesiączka jest regularna, pacjentka nadzwyczajnie rozkwitła. Zdaniem ref. nie przeprowadził autor w tym przypadku dowodu, że była to padaczka, — a w wyleczenie nerwicy lub też histerji chętnie wszyscy uwierzymy. Dalej autor opisuje przypadek wyleczenia stwardnienia rozsianego *(sclerosis multiplex)*, gdzie zachodzi naszem zdaniem niedwuznacznie samoczynna poprawa, znana każdemu praktykowi i tak często w przebiegu tego cierpienia.

Przedostatni i ostatni dział monografji są poświęcone naukowym podstawom i wskazaniom leczenia pijawkami. Z danych tych wynika, że hirudyna (ciało czynne przeciw skrzepnięciu krwi) nie jest trucizną nawet w stosunkowo dużych dawkach, jedynie ma własność uczulenia ustroju na rtęć tak, że z leczniczych dawek Hg robi nieraz trujące. Dalszem i zrozumiałem przeciwwskazaniem jest hemofilja. Najważniejsze wskazania są: sprawy zapalne, sprawy czynnego lub też biernego obrzęku pojedynczych narządów, zakrzepy żylne (zapobiegawczo i leczniczo) i wreszcie wszelkie przypadki, w których upust krwi z żyły jest niewykonalny, lub gdzie wpływ na pewne, ograniczone odcinki krążenia jest pożądany.

Obständer (Bielsko).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Przyczynek do sprawy zawartości magnezu w surowicy. RUDOLF SPIEGLER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 1.

Posługując się odmianą metody Hahn'a, przeprowadził autor obszerne badania nad zawartością magnezu w surowicy krwi kobiet zdrowych i chorych. I tak badał 25 kobiet zdrowych, 18 zdrowych ciężarnych, 11 eklamptyczek, 3 przypadki wymiotów ciężarnych, 5 chorych na zapalenie przydatków, oraz 3 przypadki raka macicy. Badania te wykazały, że normalnie surowica kobiety zawiera 1,92 mg % magnezu. W ciąży prawidłowej odsetek ten ulega nieznacznemu obniżeniu, przeciętnie bowiem wynosi 1,72 mg %. W zatruciach ciążowych zbliża się znów do normy. Sprawy zapalne nie wpływają na zawartość magnezu w surowicy. W przypadkach raka macicy zachodzi małe zmniejszenie zawartości tej soli, aczkolwiek mała ilość przypadków nie pozwala autorowi na zajęcie stanowiska w tej sprawie. Zmniejszenie się magnezu w ciąży normalnej, a zwiększenie się w zatruciach ciążowych tłumaczą różnicą w pobudliwości elektrycznej tych kobiet, jak to autor stwierdził już w poprzedniej swej pracy. Pozatem autor przeprowadził doświadczenia nad zachowaniem się soli magnezu w 3 przypadkach kobiet zdrowych i w 6 przypadkach ciąży po zastrzykach hormonu gruczołu przytarczowego, wychodząc z założenia, że gruczoł ten, wywierający przemożny wpływ na przemianę wapniową, okazuje prawdopodobnie również wpływ i na przemianę magnezową. Doświadczenia te jednak nie potwierdziły tego przypuszczenia. Tylko w jednym przypadku tetanji znalazł autor wyraźne zmniejszenie ilości magnezu w surowicy. Co do techniki metody autora, to należy ją przeczytać w oryginale.

J. Lenczowski (Lwów).

Badania nad wpływem długotrwałego stosowania hormonu przedniego płatu przysadki mózgowej w postaci prolanu na ważne narządy świnki morskiej. O. HAJEK i K. WEPSCHEK. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 4.

Badania Hofbauera nad świnkami morskiemi, w których autor ten wykazał jakoby szkodliwy wpływ długotrwałego działania przeszczepionej przysadki mózgowej na serce i nerki zwierząt kastrowanych, stały się punktem wyjścia dla badań kontrolnych autorów. W badaniach swoich autorzy posługiwali się prolanem. Zwierzęta otrzymywały w ciągu kilku miesięcy środek ten w zastrzykach. Ogólna ilość podanego hormonu dochodziła od 1500 do 5000 j. m. Chociaż autorzy wykonali doświadczenia tylko nad 6 świnkami morskiemi, to jednak sądzili, że jednobrzmiące wyniki ujemne, stwierdzone na sekcji u tych zwierząt, pozwalają im na powątpiewanie w słuszność twierdzenia Hofbauera co do szkodliwości długotrwałego stosowania prolanu.

J. Lenczowski (Lwów).

Obraz ciałek białych przy paratyfusie. R. KACNELSON. Klinicz. Med. Nr. 2. 1935.

Twierdzenie niektórych autorów o identyczności obrazu ciałek białych przy paratyfusie i durze brzusznym — jest, zdaniem autora, niesłuszne. Obok leukopenji stwierdza się przypadki z normalną ilością leukocytów, a w 1/3 przypadków paratyfusu stwierdzono leukocytozę. W większości przypadków ilość leukocytów jest odwrotnie proporcjonalna do ciężkości schorzenia. Niejednolity obraz krwi prawdopodobnie zależy w znacznym stopniu od zmienności właściwości biologicznych pałeczek paratyfusu.

Obraz ciałek białych przy paratyfusie niezawsze jest zgodny z obrazem krwi przy durze brzusznym. W części przypadków stwierdza się monocytozę, w innych przypadkach — w przeciwstawieniu do duru brzusznego stwierdza się prawidłową ilość kwasochłonnych. W ciężkich przypadkach paratyfusu stwierdza się niekiedy limfopenję.

M. Segal (Lwów).

Dispigmentosis alimentaria. J. CHEUTOW, A. SZENDEL. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 6. 1935.

Opis 2 przypadków karotynemji — żółto-pomarańczowego zabarwienia powłok na tle nadmiernego spożywania pokarmów zawierających barwik karotynę (w obu przypadkach — dyni). Do pokarmów zawierających karotynę należą: marchew, dynia, pasternak, żółta kukurydza, groch, pomarańcze, brzoskwinie, żółtko jaja, masło i t. d. Wiele przypadków karotynemji obserwowano w Niemczech w okresie wojny, wskutek nadmiernego spożywania jarzyn i owoców. Liczne są również przypadki karotynemji w Japonji. Nie u wszystkich ludzi można stwierdzić odkładanie się żółtego barwika w skórze przy tem samem odżywianiu — do pewnego stopnia ma tu znaczenie dyspozycja skóry. Karotyna nie jest toksyczna i w żadnym przypadku nie stwierdzono jakichkolwiek zaburzeń organizmu.

Następujące cechy odróżniają karotynemję od żółtaczki: zabarwienie skóry przy karotynemji ma odcień żółto-pomarańczowy i nie jest równomierne (szczególnie na dłoniach, stopach i fałdach nosowo-policzkowych), natomiast przy żółtaczce odcień skóry jest żółto-zielonkawy. Białkówki nie są zabarwione żółtaczkowo (do pewnego stopnia cecha charakterystyczna). Ilość bilirubiny we krwi nie jest zwiększona, kał nigdy nie jest odbarwiony, próba sublimatowa na bilirubinę — dodatnia. Brak swędzenia skóry.

Charakterystycznem jest, że w jednym przypadku cała rodzina spożywała znaczne ilości dyni celem dożywiania, a tylko u jednego z członków tej rodziny wystąpiła wybitna karotynemja. W drugim przypadku karotynemji wybitniejsze zabarwienie powstało w tych miejscach, w których skóra ulegała uciskowi: przez wstążki biustonosza i od ucisku maski Holdan'a, gdyż pacjentka z zawodu laborantka była często objektem doświadczeń nad przemianą gazową.

M. Segal (Lwów).

O rozkładzie puryn w wątrobie ludzkiej w czasie autolizy. J. M. ZDUNKIEWICZ. Med. Dośw. i Społ. T. 19. Str. 23—43. 1934.

W wątrobie ludzkiej, poddanej jałowo autolizie, przy dostępie tlenu zachodzi rozpad zawartych w niej puryn, jednak nie w tym rozmiarze a przedewszystkiem nie tak szybko, jak w wątrobach zwierzęcych. Rozpad ten może przebiegać także innemi szlakami, niż poprzez kwas moczowy, jak to można wnioskować ze spadku zawartości azotu purynowego *plus* azotu kwasu moczowego. Również i kwas moczowy ulega w czasie autolizy rozpadowi, jednakże autor przypisuje to ostatnie zjawisko innym czynnikom (hemoglobina, barwiki żółciowe i t. p.). Na rozpad puryn podczas autolizy wątroby ma wybitny wpływ oddziaływanie: *optimum* leży przy pH = 7.7, zaś zakwaszenie, które zachodzi w autolizatach proces ten silnie hamuje. Toluen, stosowany przez autora w stosunku 1:10 dla zapobieżenia rozwojowi drobnoustrojów, niezawsze zadanie to spełniał, jednakże nieznaczny w tych wypadkach rozwój bakteryj pozostawał bez wpływu na przebieg doświadczenia. Czynnik czasu nie grał większej roli. Wogóle, *caeteris paribus* wzrastał rozpad puryn w miarę czasu trwania autolizy. Najlepiej przebiegało doświadczenie w obecności moderatorów fosforanowych, przyczem autor nie może rozstrzygnąć, o ile decydowała tu stałość oddziaływania, a o ile specyficzny wpływ jonów fosforanowych. Słabiej znacznie przebiegał rozpad puryn przy zastosowaniu jako środowiska roztworu NaCl, najsłabiej zaś przy zastosowaniu wody destylowanej. Wpływ hamujący zdawał się mieć N/500 cyjanek potasu.

J. Heller (Lwów).

Charakterystyka morfologiczna endemicznego wola w Krakowie i okolicy. EMIL WYROBEK. Med. Dośw. i Społ. T. 19. Str. 1—22. 1934.

Autor przeprowadził badania morfologiczne wola, zarówno makroskopowo jak mikroskopowo, w 500 przyp. sekcyjnych, pochodzących z Krakowa i okolicy. W tym materjale znalazło się 246 przypadków wola. Autor przypuszcza jednak, że na większym materjale dałoby się stwierdzić wole w większym odsetku, bo w jego półtysiącu było nieproporcjonalnie dużo autopsyj w wieku dziecięcym. Spośród 246 badanych były 132 przypadki wola rozlanego, 92 przypadki wola guzowatego, zaś pozostałe 22 należały do postaci guzowato-rozlanej. We wszystkich trzech grupach przeważa wole koloidowe, rzadszem jest miąższowe. Wole wrodzone oraz u dzieci do lat 6 zdarza się rzadko i ma wtedy postać wola rozlanego, miąższowo-drobnopęcherzykowego. W okresie od 6 do 18 lat spotyka się wole częściej i to do lat 10 zwykle jako rozlane miąższowe, zaś od 10 do 18 lat jako rozlane koloidowe. Po 20 roku życia zjawiają się rzadkie jeszcze gruczolaki, których częstość wzrasta z wiekiem. Do 40 lat przeważają ilościowo wola rozlane koloidowe, po 40 częstszem bywa guzowate, głównie koloidowe. Po 70 roku życia spotyka się najczęściej wole guzowate koloidowe, rzadziej miąższowe. U kobiet występuje wole częściej, niż u mężczyzn. Waga tarczyc prawidłowych i t. zw. krzywa życiowa, t. j. waga prawidłowych tarczyc w zależności od wieku zbliża się do wartości znajdowanych w okolicach, nawiedzonych przez średnią endemię wola. Odpowiada zatem bardziej stosunkom, jakie panują w północnej części Europy środkowej oraz w okolicy Uralu i Ałtaju, niż w obszarach górskich o silnem natężeniu wola endemicznego.

J. Heller (Lwów).

W sprawie t. zw. atypowej ziarnicy złośliwej. SKWORZOFF M. i USSANOWA E. Virchows Archiv. T. 294, 3, 595. 1935.

W sprawie t. zw. atypowej ziarnicy złośliwej wypowiedziało się w ostatnich latach kilku wybitnych znawców tej dziedziny. Lubarsch (1923) uważa, że ziarnica złośliwa jest czysto histologicznem pojęciem; natomiast Abrikossof (1930) ujmuje ją jako pojęcie zbiorowe, mogące objąć również pewne przypadki histologicznie nietypowe. Sam Sternberg (1931) jednak występuje energicznie przeciwko zaliczaniu do ziarnicy złośliwej przypadków histologicznie nietypowych, niewykazujących w szczególności charakterystycznych komórek nazwanych jego imieniem. Autorzy przytaczają 3 własne przypadki klinicznie i sekcyjnie zupełnie typowej ziarnicy złośliwej, w których wykazali, obok typowego obrazu histologicznego w większości gruczołów obrazy nietypowe w innych gruczołach, podobne niekiedy nawet do spraw nowotworowych. Skądinąd znowu spotykali obrazy histologiczne, odpowiadające najzupełniej ziarnicy złośliwej (z komórkami Sternberga), w gruczołach pochodzących z przypadków niebędących napewno ziarnicą (płonica, roponercze) i przytaczają również podobne spostrzeżenia z piśmiennictwa. Zdaniem autorów, nie posiada obraz histologiczny ziarnicy złośliwej stałej i bezwzględnej swoistości; utkanie spraw ziarninowych zależy w ogólności od wielu czynników, a wśród nich przedewszystkiem od czynnika zakażającego i reakcji immuno-biologicznej ustroju. Nie należy więc stwarzać nowych jednostek chorobowych li tylko na podstawie atypowych obrazów histologicznych, tem bardziej, że obraz innych gruczołów może się przedstawiać zupełnie typowo.

T. Kielanowski (Lwów).

Badania kliniczne nad dowolnym bezdechem u osób zdrowych i chorych. W. SZREDER. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 1.

Autor badał czas dowolnego bezdechu oraz wyprowadzał trzy przez siebie podane wskaźniki u osób zdrowych, u neurasteników, w różnych stanach chorobowych płuc i serca. Badania te wykazały zwiększoną wrażliwość ośrodków oddechowych w nerwicach wegetatywnych przedewszystkiem, inne grupy chorobowe zbliżają się do zdrowych, a zmiany w czasie dowolnego bezdechu, spowodowane są odmiennemi warunkami wymiany gazowej w samych płucach. Szczegóły metodyki i wskaźników należy przeczytać w oryginale.

Rawicz (Lwów).

Wpływ środków zakwaszających i alkalizujących na elektrokardjogram. E. SZCZEKLIK. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 1.

Na zmianę w oddziaływaniu środowiska wyraźnie oddziaływa tylko serce zdrowe lub nieznacznie chorobowo zmienione. Zakwaszenie wykazuje w Ekg prawidłowym zmniejszenie załamka T, a zwiększenie załamka R. Pozatem może wystąpić częstoskurcz zatokowy, bardzo zaś rzadko skurcze dodatkowe. Serce nieznacznie chorobowo zmienione oddziaływa podobnie, lecz w słabszym stopniu. Serce chore zmian wyraźnych nie wykazuje. Alkalizowanie wywiera wogóle znacznie mniejszy wpływ nawet na serce zdrowe. Zmniejsza załamki T i R, niekiedy zwalnia tętno, nigdy zaś nie występują skurcze dodatkowe. Zmiany te odbywają się najprawdopodobniej za pośrednictwem nerwowych układów wegetatywnych serca.

Rawicz (Lwów).

Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi. Doniesienie 2. Wpływ pracy fizycznej na zawartość amoniaku we krwi. W. MARKERT. Pol. Arch. Med. Wew. T. XIII. Z. 1.

Autor wykonywał badania amoniaku metodą Parnasa i Klisieckiego we krwi żylnej po wykonaniu pewnej określonej pracy. Ilość amoniaku zależy od ilości wykonanej pracy. Poziom pierwotny osiąga krzywa dopiero po 20 min. odpoczynku. Amoniak znika z mięśnia przez wypłókanie krwią. Praca zwiększa ilość amoniaku tylko we krwi żylnej i tylko w kończynie, która pracę wykonała. U psów praca zwiększa ilość wydzielonego mocznika o średnio 21%.

Doniesienie 3. Amoniak we krwi u chorych nerkowych. Autor wykonał 43 określeń amoniaku u 33 chorych nerkowych. Niema żadnej zależności między schorzeniem nerek a zawartością amoniaku we krwi. Stwierdzany w rzucawce porodowej wyższy poziom amoniaku we krwi jest wynikiem wykonanej w czasie drgawek pracy mięśniowej. W okresach międzydrgawkowych poziom amoniaku jest prawidłowy.

Rawicz (Lwów).

Działanie koraminy i kalcjo-koraminy na preparat sercowo-płucny według metody Starlinga. MEZEY K. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. T. 177. Z. 2—3. 1935.

Autor wykonał doświadczenia nad działaniem koraminy i kalcjo-koraminy na preparatach sercowo-płucnych i doszedł do następujących wniosków:

1. Serce wydolne reaguje na koraminę w stężeniu 1:4000 do 1:3000 zwiększeniem amplitudy i nieznacznem zmniejszeniem częstości skurczów przy utrzymanej objętości minutowej. W stężeniu zaś 1:1650 albo przy kilkakrotnem podawaniu koraminy w stężeniu 1:3000 następuje najpierw przejściowe obniżenie ciśnienia tętniczego bez zmiany objętości minutowej.

2. Przy samoistnie występującej niedomodze serca i przy uszkodzeniu serca pernoktonem, koramina w stężeniu 1:3000 obniża zwiększone ciśnienie w prawym przedsionku, podnosi ciśnienie tętnicze i zwiększa objętość minutową.

3. Działanie koraminy na preparat sercowo-płucny sprowadza się do spowodowania silniejszego rozkurczowego zwiotczenia mięśnia sercowego.

4. Działanie kalcjo-koraminy na serce wydolne powoduje w stężeniu 1:15000—1:3000 zwiększenie częstości skurczów, nieznaczne podniesienie ciśnienia tętniczego bez zwiększenia amplitudy i nieznaczne zwiększenie objętości minutowej.

5. Na niewydolnem sercu kalcjo-koramina powoduje znaczne podniesienie ciśnienia tętniczego, zmniejszenie ciśnienia w prawym przedsionku, podniesienie częstości skurczów i zwiększenie objętości minutowej. Podniesienie napięcia zależy od działania składowej wapnia w kalcjo-koraminie.

6. Przy porównaniu działania kalcjo-koraminy z chlorkiem wapnia z uwzględnieniem stosunku wapnia w jednym i drugim istnieje ilościowa różnica na korzyść kalcjo-koraminy.

7. Zwiększenie objętości minutowej niewydolnego serca jest znaczniejsze po samej koraminie niż po kalcjo-koraminie.

8. Obniżenie ciśnienia, jakie następuje po dużych stężeniach koraminy, nie występuje po dużych stężeniach kalcjo-koraminy.

Dr. F. Mikulska (Warszawa).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Utonięcie (fizjologja, leczenie, ocena wypadku). SEHRT. Med. Klin. R. 1934. Nr. 48. Str. 1591.

Fizjologja utonięcia jest fizjologią uduszenia. Za przyczynę utonięcia autor uważa przekrwienie w obrębie trzew, co stanowi ośrodek całego zagadnienia. Wygląd podobny do wyglądu uduszonego, sina jest skóra i błony śluzowe. Serce zatrzymuje się w rozkurczu, narządy wewnętrzne wykazują przekrwienie żylne, natomiast aorta i duże naczynia tętnicze są prawie puste. Lewa komora jest pozbawiona krwi, natomiast prawe serce jest rozdęte do najwyższych granic. Blady wygląd pozornie zmarłych zdarza się zaledwie w 15% i u tych nietylko tętnice, ale również żyły są próżne, cała natomiast krew nagromadzona jest w wątrobie i systemie żyły wrotnej. Wspólnem dla obydwu stanów jest nagromadzenie krwi w jamie brzusznej, które powoduje opróżnienie lewego przedsionka i całego systemu tętniczego, następstwem jest anemizacja mózgu i utrata przytomności. Zaznaczyć należy, że kąpiel z przepełnionym żołądkiem również predysponuje do utonięcia, gdyż fizjologiczne przekrwienie trawienne łatwo doprowadza do wyżej wzmiankowanego przepełnienia krwią jamy brzusznej. Drugim momentem ważnym jest sposób oddychania w ciągu pływania: przy uczuciu osłabienia pływak wykonuje głębokie wdechy, drobne zaś i zgoła niewystarczające wydechy, co powoduje przepełnienie płuc powietrzem zawierającem nadmiar CO_2, które zatruwa krew i ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym. Przywrócenie do życia pozornie zmarłego wymagać będzie sztucznego oddychania z podtrzymaniem szczęki, choć zaznaczyć należy, że znaczenie sztucznego oddychania bywa często przeceniane. Ważnem zadaniem będzie wypełnienie opróżnionego systemu tętniczego, a opróżnienie żył i włośniczek. Uskutecznia się to przez wypuszczenie 400 cm^3 krwi z żył zgięcia łokciowego. Niemniej ważnem zadaniem jest zaopatrzenie mózgu w krew, przez wprowadzenie strzykawką Cot'a krwi uprzednio wypuszczonej ale wzbogaconej w tlen (20 cm^3 tlenu na 100 cm^3 krwi). Ze środków trzeźwiących Cot zaleca koraminę, dosercowo wprowadzoną.

W. Kurowski (Warszawa).

W sprawie leczenia zaburzeń w oddawaniu moczu męskim hormonem płciowym. G. BODECHTEL. Münch. med. Wschr. R. 82. Nr. 6. 1935.

Wychodząc z założenia, że w wieloogniskowem stwardnieniu rdzenia już wcześnie występują zaburzenia potencji płciowej, autor postanowił w kilku przypadkach zastosować leczenie męskim hormonem płciowym, biorąc do tego celu preparat jądrowy *„androstinę Ciba"*. Wybitniejszego wpływu na objawy neurologiczne nie zauważył. Conajwięcej rzucało się w oczy, to znaczne podniesienie potencji i *libido* oraz wyraźny wpływ na zaburzenia w oddawaniu moczu. Spoczątku zapatrywał się sceptycznie na poprawę zaburzeń pęcherzowych, bo właśnie w stwardnieniu rdzenia podlegają one znacznym wahaniom, gdy jednak poprawa ta zaznaczyła się w trzech kolejnych przypadkach, należało przyjąć, że nie chodzi tu o przypadkowe tylko polepszenie. Autor podaje 3 historje choroby: w każdej z nich obok typowych objawów stwardnienia wieloogniskowego zaznaczony był spadek potencji i *libido* oraz wybitne zaburzenia pęcherzowe.

W I przypadku chory odczuwał częste parcie na mocz, który musiał natychmiast oddać, gdyż nie był w stanie go utrzymać. Otrzymał on 3 razy dziennie po 2 tabletki androstiny, a już następnego dnia zjawiły się erekcje i znacznie poprawiły się zaburzenia pęcherzowe tak, że chory rzadziej oddawał mocz, mogąc go dłużej utrzymać.

W II przypadku, obok kilkoletniej impotencji chory cierpiał na nietrzymanie moczu, który stale oddawał pod siebie. Podawano mu 3 razy dziennie po 3 tabl. androstiny, już następnego dnia chory mógł utrzymać mocz, nie oddawał go pod siebie, a po 8 dniach leczenia pojawiły się erekcje i wzrósł pociąg płciowy. Preparat był dobrze znoszony i jak długo otrzymywał go, mógł utrzymać mocz.

W III przypadku typowe objawy stwardnienia wieloogniskowego. Od kilku tygodni gwałtowne parcia na mocz i niemożność utrzymania go. W ciągu nocy musiał oddawać mocz 6—7 razy, w dzień 5—6 razy. Stan pogarszał się tak znacznie, że wreszcie chory musiał co 15 minut oddawać mocz. Zastosowano mu injekcje preparatu A i B, które w międzyczasie ukazały się, lecz wyniku nie było. Dopiero po zaaplikowaniu mu 3 razy dziennie po 3 tabl. stan zaczął się szybko poprawiać tak, że po pewnym czasie chory mógł utrzymać mocz w ciągu 2 godzin, a później nawet 2½ godziny.

Ale nietylko w zaburzeniach pęcherzowych neuropochodnych działa pomyślnie androstina. W pewnym przypadku ciężkiego nieżytu pęcherza powstałego wskutek częstego cewnikowania w apopleksji, zastosowano androstinę (3 razy dziennie po 3 tabl.), gdyż chory nie mógł utrzymywać moczu. Także i w tym przypadku osiągnięto znaczną poprawę, wyrażającą się w możności utrzymywania moczu 2—3 godziny. Przypadek niniejszy nasuwa przypuszczenie, że androstina wpływa przedewszystkiem pomyślnie na mechanizm zwieraczy pęcherza. Powyższy wniosek skłania do prób stosowania preparatów hormonalnych w *enuresis nocturna*, które też były dokonywane przez prof. Dietla.

Doskonały rezultat osiągnięto w przypadku przerostu gruczołu krokowego, wywołującego zupełne zatrzymanie moczu. 33-letni pacjent musiał być stale cewnikowany i mógł wkońcu przy najsilniejszem parciu oddać zaledwie 70 cm^3 moczu. Po zastosowaniu injekcji androstiny ilość oddawanego moczu zwiększyła się do 200—300 cm^3. Lepsze wyniki otrzymywano przez wstrzykiwanie androstiny B, niż wyciągu A. Prawdopodobnie i w tym przypadku hormon wpłynął na zwiększenie napięcia zwieraczy pęcherza przez lepsze ukrwienie układu moczowo-płciowego.

Także u kobiet autor otrzymywał niezłe wyniki w zaburzeniach pęcherzowych przez stosowanie żeńskich hormonów płciowych, jednak nie tak uderzające, jak u mężczyzn.

W. Kurowski (Warszawa).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Dążenia do obniżenia śmiertelności położniczej matek i dzieci. KARL TRAUBE. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 4.

Statystyka porównawcza z dwóch okresów pięcioletnich, a mianowicie z okresu od 1911—1915 i z okresu od 1928—1933 wykazała, że postępowanie konserwatywne w położnictwie obu okresów na klinice w Pradze nie uległo wogóle zmianie. Mimo to wyniki w drugiem pięcioleciu okazały się znacznie lepsze, a to dzięki zarzuceniu cięcia cesarskiego klasycznego, a stosowaniu wyłącznie cięcia cesarskiego szyjnego, gdyż śmiertelność matek po cięciu klasycznem wynosiła 8,9%, po szyjnem 2,5%. Śmiertelność dzieci po zabiegu pierwszym 1,78%, po drugim 1,67%. Dalsze polepszenie jest możliwe tylko przez lepsze wykształcenie lekarzy i położnych oraz przez budowanie gęstszej sieci specjalnych zakładów położniczych. Tylko w ten sposób da się wczas rozpoznać wszelkie nieprawidłowości położnicze i osiągnąć lepsze wyniki.

J. Lenczowski (Lwów).

O przebiegu porodu po złamaniach miednicy. KURT WELSCH. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 97. Z. 4.

Wygojone złamania miednicy mogą mieć duże znaczenie dla położnika. Ze złamań tych jedne prowadzą do ścieśnień w wychodzie, drugie w cieśni lub wchodzie miednicy. Przeważnie powstają miednice skośnie ścieśnione. Dane z piśmiennictwa co do mechanizmu porodowego w takich miednicach, jakoteż co do rokowania są tak skąpe, że staje się naglącą potrzebą zbieranie wiadomości z tej dziedziny. Autor opisuje dwa własne przypadki porodów po złamaniach miednicy, przyczem w jednym z nich pozatem istniała miednica ogólnie ścieśniona. Płody coprawda nieduże, porody jednak przeciągały się, a w przypadku ścieśnienia miednicy urodzono płód zapomocą operacji kleszczowej. Opierając się na tych dwóch przypadkach, a również i na niektórych danych z piśmiennictwa autor nie sądzi, ażeby wygojone złamania kości miednicy dawały częste wskazania do cięcia cesarskiego.

J. Lenczowski (Lwów).

Kleszcze z hakiem dla położeń miednicowych. FRANZ RHEMANN. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 96. Z. 5—6.

Wychodząc z założenia, że wydobycie płodu w położeniu miednicowem niezupełnem nastręcza zwykle duże trudności techniczne, a dotychczasowe sposoby nie są wolne od stron ujemnych, proponuje autor specjalne kleszcze, skonstruowane przez siebie, w których jedna łyżka zastąpiona jest tępym hakiem. Zamknięcie łyżek jak w kleszczach Kjellanda. Kleszcze nie posiadają wygięcia miednicowego. Hak zakłada się na pachwinkę płodu, podczas gdy druga łyżka chwyta miednicę płodu z boku. Autor wypróbował swój instrument w 5 przypadkach z doskonałym wynikiem.

J. Lenczowski (Lwów).

Badania nad rybami typu Rhodeus amarus w celu rozpoznania ciąży. FRANZ SZUESZ. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 96. Z. 5—6.

Próba ciążowa Fleischmanna i Kahna wykonywana u rybek *Rhodeus amarus* stała się punktem wyjścia badań autora. U rybki tej w porze godowej, następuje znaczne wydłużenie się rurki, służącej do przechowywania jaj. Rurka ta znajduje się u nasady dolnej pletwy i w stanie spoczynku ma 1—2 mm długości, podczas gdy w okresie zapładniania osiąga długość 20 mm. To wydłużanie się rurki jajkonośnej jest następstwem działania hormonów płciowych. Wobec tego, że mocz ciężarnych wstrzykiwany rybkom, lub dodawany do wody, w której ryby przebywały, powodował znaczne wydłużenie się owych rurek, zrodziła się myśl wykorzystania tego objawu do rozpoznania ciąży, tem bardziej, że próba ta przebiega prędzej, niż próba A.-Z. i wszystkie jej odmiany. W tym celu autor przeprowadził badania u 259 rybek, stosując mocz ciężarnych i nieciężarnych, mocz mężczyzn, preparaty folikulinowe oraz prolanowe. Badania podzielił na dwie grupy: 1) doświadczenia w porze godowej i 2) poza tą porą. W drugiej grupie żadne środki, nawet w ogromnej ilości, nie wywołały wydłużenia się rurki. W grupie 1) wyraźny wpływ wykazały preparaty folikulinowe oraz mocz kobiet ciężarnych. Jednak wyraźne wydłużenie się rurek występowało dopiero po 72 godzinach. Mocz ciężarnych gotowany, a więc pozbawiony folikuliny, jakoteż preparaty, zawierające hormon przedniego płatu przysadki nie wywierały żadnego wpływu na rybki. Zdawałoby się zatem, że hormonem, pobudzającym aparat jajkonośny rybek, jest folikulina. Tymczasem badania z moczem męskim wykazały tak znaczne wydłużanie się rurek, jakiego nie wywołał nawet mocz ciężarnych. Dlatego autor sądzi, że ciałem, działającem swoiście na rybki, jest jakiś nieznany dotychczas związek chemiczny. Praktycznie próba ta, jako próba ciążowa, nie posiada przewagi nad innemi próbami biologicznemi, przeciwnie ujemną stroną jej jest ograniczony okres stosowania (okres godowy), oraz czas trwania, 72 godziny. W każdym razie ujemny jej wynik przemawia niewątpliwie przeciw istnieniu ciąży. *J. Lenczowski* (Lwów).

Jakie znaczenie posiada pobudliwość galwaniczna dla rozpoznania eklampsji? RUDOLF SPIEGLER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 96. Z. 5—6.

Opierając się na odkryciu Seitz'a, który wykazał nadmierną pobudliwość elektryczną ciężarnych, zwłaszcza pod koniec ciąży, przeprowadził autor analogiczne badania u 40 eklamptyczek. Wbrew oczekiwaniom, pobudliwość u tych chorych nietylko nie była zwiększona, lecz przeciwnie zmniejszona. Na tej podstawie autor poleca tę metodę, jako sposób wczesnego rozpoznania grożącej eklampsji, gdyż objaw ten występuje wcześniej, aniżeli inne znane kliniczne objawy. Przyczynę zmniejszenia się pobudliwości w tych przypadkach upatruje autor w przesunięciu stosunku zasad i kwasów w tkankach ustroju, gdyż badania innych autorów wykazały, że wzmożenie się zasadowości pobudliwość wzmaga, kwasoty — osłabia. Należałoby zatem przyjąć, że w ciąży normalnej występuje zwiększenie się zasadowości, w zatruciach ciążowych — odwrotnie spotykamy kwasicę ustroju. Dzieje się to na skutek zaburzeń w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, przedewszystkiem w tarczycy.

J. Lenczowski (Lwów).

Otorynolaryngologja.

Wyniki leczenia krtani naświetlaniami lampą łukową Wessely'ego. M. TELATYCKI i WŁ. KRZYMUSKI. Gruźlica. R. IX. Nr. 5—6.

W tymczasowem doniesieniu przedstawiają autorzy wyniki, jakie uzyskali w naświetlaniu krtani lampą Wessely'ego w przypadkach gruźlicy. Wyniki te dotyczą chorych 36, z czego 10 ze zmianami wytwórczemi, 26 wysiękowych. Ilość naświetlań u poszczególnych chorych wahała się od 21—186. Na podstawie swoich spostrzeżeń autorzy dochodzą do wniosku, że naświetlania lampą Wessely'ego okazują wybitną pomoc w leczeniu gruźlicy krtani, dając w większości przypadków, nadających się do tej metody leczniczej, wyniki nieosiągalne leczeniem wyłącznie zachowawczem. Do leczenia tą metodą nadają się przedewszystkiem przypadki z dobrym stanem ogólnym, bez cięższych objawów toksycznych, z O. B. niewiększym niż 40 mm po 1 godz., chociaż wyjątkowo zdarzają się przypadki z szybszem opadaniem, dające również dobre wyniki. Obecność jam w płucach, jak również prątkowanie, nie stanowi przeciwwskazania do zastosowania tej metody. W czasie leczenia winna być prowadzona stała kontrola stanu ogólnego i postępu zmian w płucach, by w razie potrzeby przerwać naświetlania. Tam, gdzie wskazana jest kaustyka w leczeniu gruźlicy krtani, bardzo dobre wyniki uzyskuje się, łącząc ją z naświetlaniami. Dla zilustrowania omawianej metody leczniczej, przedstawiają autorzy historje choroby kilku różnych przypadków. W drugiej części pracy omawiają autorzy szczegółowo technikę naświetlania.

A. Donhaiser (Kraków).

Okulistyka.

Doskórne leczenie tuberkuliną przy schorzeniach oczu. A. LOEWENSTEIN. Zeitschr. f. Augenh. 85. Z. 4. 1935.

Należy przy leczeniu tuberkuliną wyzyskać skórę jako główne źródło odporności. Dotychczas stosowane sposoby naskórne i śródskórne wywołują często niepożądany odczyn ogniskowy. Autor zaleca wypróbowaną przez siebie w ciągu 3 lat metodę: po gruntownem oczyszczeniu benzyną skóry ramienia, uda lub górnej części klatki piersiowej ściera się kawałkiem (5 cm^2) papieru szmirglowego przybłonek i wciera kroplę stężonej starej tuberkuliny. W odstępach 2—3 tygodni powtarza się ten zabieg, wcierając za każdym razem o 1 kroplę więcej aż do 8 kropel. Odczyn miejscowy (rozlane zaczerwienienie aż do powstania drobnych pęcherzyków) występuje po 24 godz. i trwa do 10 dni. Autor nie zauważył nigdy podniesienia ciepłoty, czasem występuje ból głowy. Można zamiast starej tuberkuliny używać tebeprotyny lub AO. Uderza nieraz wybitny dodatni odczyn ogniskowy, wyrażający się zblednięciem chorego oka. Przy następnych wcieraniach w inne miejsca występuje odczyn na miejscach poprzedniego działania. *K. Grafowa* (Lwów).

Pomyślne wyniki „katolizy", nowej metody operacyjnej oderwania siatkówki. ALFRED VOGT. Gr. Archiv f. Ophtalm. T. 133. Z. 1. 1934.

Po krótko ujętej krytyce dotychczasowych metod operacyjnych przedstawia Vogt wyniki, po raz pierwszy przez niego wprowadzonego w tej formie do okulistyki, działania katodą na oderwaną siatkówkę. Minimalne natężenie prądu, bo tylko 1—2 mA pozwala uniknąć szkodliwości, jakie pociąga za sobą stosowanie igły diatermicznej (50—120 mA), żegadła (500—1000°) lub ługu. Pęcherzyki wodoru, wywiązujące się przy katodzie, ułatwiają orjentację przy wziernikowaniu podczas operacji i pozwalają na sprecyzowanie umiejscowienia przedarcia. Każde nakłucie (a ilość ich może dojść do kilkudziesięciu) powinno trwać zaledwie ułamek sekundy, należy wielokrotnie nakłuć brzegi i dno przedarcia, które można też opasać blokadą. O ile oderwana siatkówka tworzy stromy pęcherz, trzeba kłuć głęboko, by jej dosięgnąć. Blizny po katolizie są bardzo delikatne, operacja trwa krótko, jest niebolesna. Przypadki, dotychczas przez autora operowane, dały bardzo zachęcające wyniki.

K. Grafowa (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół II posiedzenia naukowego odbytego dnia 1 lutego 1935 roku.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. A. Falkiewicz i Kol. E. Meisels przedstawiają *przypadek akromegalji z cutis verticis gyrata i otorbionym wysiękiem osierdziowym.*

U mężczyzny 38-letniego wystąpiły przed 4 laty typowe objawy akromegalji (zgrubienie dłoni i stóp oraz palców rąk i nóg, zgrubienie języka, nosa, rysów twarzy, wysunięcie szczęki dolnej, obfite pocenie się zwłaszcza w zakresie pach, zmiana usposobienia na bardziej spokojne niż poprzednio, bez bólów głowy i zaburzeń wzroku). W wywiadach poza przebytą przed 2 laty chorobą gorączkową, którą lekarz podówczas rozpoznał jako zapalenie wsierdzia (trwała tydzień), żadnych posiadających znaczenie dla omawianych schorzeń danych. Przed 4 miesiącami zauważył zgrubienie skóry na szczycie głowy pod postacią szerokiego około $2^1/_2$ cm fałdu, odgraniczonego od otaczającej skóry dwoma równoległemi wgłębieniami, przebiegającego w kierunku strzałkowym w okolicy ciemieniowej. Zgrubienie to powoli postępowało ku przodowi; żadnych dolegliwości z tego powodu niema. Przedmiotowo: typowe, bardzo wyraźne objawy akromegalji. Na szczycie głowy charakterystyczny obraz początkowych zmian o typie *cutis verticis gyrata.* W linji środkowej w okolicy ciemieniowej gruby fałd skórny szerokości około $2^1/_2$ cm, zmierzający ku tyłowi do okolicy potylicznej, ku przodowi prawie do szwu czołowego, dobrze przesuwalny na sklepieniu czaszki,

niebolesny, od otaczającej skóry obustronnie oddzielony dwoma równoległemi wgłębieniami. Z boku tego fałdu widoczne, zarysowujące się 2 równoległe początkowe fałdy. Cytologiczne badanie krwi: ilościowo stosunki prawidłowe; w obrazie różniczkowym limfocytoza 52.8%. Mocz bez składników patologicznych, odczyn Biernackiego 8 mm/g. Odczyn Wassermanna i Meinickego ujemny. Przemiana spoczynkowa + 3%. Dno oka i pole widzenia prawidłowe. Poziom cukru we krwi naczczo 108 mg %. W przypadku tym mamy do czynienia z charakterystycznym obrazem *cutis verticis gyrata,* który wystąpił w przebiegu typowej akromegalii. Stanowi on przyczynek do kwestji występowania *cutis gyrata* z akromegalją, czy też z innemi objawami schorzenia gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, przedewszystkiem przysadki, którą to sprawę poruszył w 1928 roku A. Grönberg zestawiwszy z piśmiennictwa światowego 10 tego rodzaju przypadków. Przedstawiony chory wykazuje jeszcze jedną rzadszą i bardziej interesującą anomalię. Badanie narządu krążenia wykazuje powiększenie wymiarów stłumienia bezwzględnego serca na prawo — na wysokości 5 żebra 2 palce nazewnątrz linji mostkowej prawej, granica przebiega łukiem — wyżej na poziomie 3 żebra sięga do prawego brzegu mostka — granica górna i lewa prawidłowa. Przy zmianie położenia na bok wyraźna przesuwalność (na około 3 palce). Przysłuchem nad wszystkiemi ujściami po 2 tony, pierwszy nad końcem z delikatnym podmuchem; częstość akcji serca 78—84 uderzeń na min., akcja miarowa. RR = 135/80 mm Hg. Elektrokardjogram: bez odchyleń od normy. Zdjęcie rentgenowskie natomiast wykazuje okrągły cień po stronie prawej w dole, o granicy równej, niedający się oddzielić od cienia serca.

Kol. E. Meisels demonstruje zdjęcia rentgenowskie czaszki i klatki piersiowej i omawia rozpoznanie różniczkowe. Jest ono w tym przypadku co do zmian w zakresie cienia śródkowego niełatwe. Widoczny po stronie prawej cień okrągły, wielkości mniejwięcej małego jabłka i niedający się w żadnym kierunku prześwietlenia oddzielić od cienia serca, nie jest typowym dla uchyłków lub otorbionych wysięków osierdzia. Te są bowiem zazwyczaj wyżej umieszczone, w kącie pomiędzy łukiem prawego przedsionka, a łukiem części wstępującej aorty, kształt ich jest zazwyczaj wieloboczny, a nie okrągły, jak w przypadku naszym, następnie leżą bardziej do przodu tak, że w prześwietleniach skośnych, lub bocznych projektują się na cień serca, nie zaś tak jak w przypadku naszym, gdzie cień ten znajduje się wyraźnie za cieniem serca w tylnem śródpiersiu. Te cechy każą myśleć także o innej sprawie, a mianowicie o otorbionym wysięku śródpiersiowym, za czem przemawiałoby łukowate wypuklenie łuku przepony do góry, widoczne na zdjęciu w pozycji skośnej, świadczące o zrostach danego cienia z opłucną przeponową. Która z tych spraw chorobowych jest rzeczywiście podłożem zmiany, trudno jest na podstawie badania rentgenowskiego rozstrzygnąć. Na podstawie całokształtu obrazu klinicznego i rentgenowskiego wchodzą one obie najbardziej w rachubę. Z innych spraw chorobowych, które mogą w obrazie rentgenowskim występować w postaci takiego cienia, można wykluczyć rozszerzenia tętniakowe serca. W opisanych przypadkach były one widoczne tylko po stronie lewej i wychodziły z lewej komory. W naszym przypadku ponadto ani w wywiadach, ani w obrazie klinicznym nie znajdujemy żadnych podstaw do poparcia tego rozpoznania. Również łatwo można wykluczyć tętniaka części zstępującej tętnicy głównej. Brak rozszerzenia innych części aorty, a dalej ujemny wynik próby Wassermanna wykluczają tę sprawę. Nie dają się natomiast zupełnie wykluczyć torbiele skórzaste, które wszędzie leżeć mogą i które mogą zwłaszcza w okolicy śródpiersia występować w podobnym kształcie. Do pewnego stopnia przemawia jednak przeciwko nim jednolitość cienia. Cienie torbieli skórzastych wykazują bowiem zazwyczaj we wnętrzu rozmaite szczegóły, odpowiadające znajdującym się w ich wnętrzu rozmaitym złogom wapniowym. Mało prawdopodobnym jest guz należący do grupy nerwiaków czy też włókniako-nerwiaków. Guzy te leżą przeważnie w tylnych zaułkach żebrowych, a dalej kształt ich jest zazwyczaj odmienny niż w przypadku naszym. Zbierając razem te wywody, przychodzimy do wniosku, że dwie pierwsze wspomniane możliwości wchodzą tu najbardziej w rachubę. Popierają je wywiady chorego, w których wspomina on, że przed dwoma laty miał przebyć zapalenie osierdzia (?). Pozostaje jednak dalej nierozstrzygnięte także i przy zestawieniu całokształtu obrazu chorobowego, z którą z tych dwóch spraw chorobowych mamy rzeczywiście w tym przypadku do czynienia.

W dyskusji: Kol. Kwiatkowski zauważa, że *cutis verticis gyrata* (doskonałe nazwy francuskie: *„Pachydermie occipitale"* — Audry, *„Cuir chevelu encéphaloide* — Calle) nie jest schorzeniem rzadkiem. Pewna ilość chorych nie zgłasza się do lekarzy, ponieważ schorzenie to nie sprawia im żadnych dolegliwości. Istnieją też postacie *C. v. g.* o bardzo małem nasileniu, t. zw. *C. v. g. latens.* Sprawą tą zajmował się autor polski Merenlender, który u 4% mężczyzn stwierdził utajoną postać *C. v. g.* Inni badacze podają niższe cyfry.

Stosunkowo duży materjał, bo obejmujący 21 przypadków, zebrał autor francuski Adrian. Stwierdził on, że *C. v. g.* pozostaje w ścisłym związku z brachycefalją. Na materjale swym przeprowadzał wspomniany autor dokładne pomiary kranjometryczne i u 20 chorych (na 21!) stwierdził wskaźnik wyższy od 80 (np. 82,3—89,3), podczas gdy u dolichocefalicznych wskaźnik wynosi mniej niż 80.

Również i Adrian zwraca uwagę na łączność *C. v. g.* ze wzrostem olbrzymim. Dwa takie jego przypadki zasługują na szczególną uwagę, ponieważ dotyczą braci ciotecznych: jeden z nich zmarł, a badanie sekcyjne potwierdziło rozpoznanie kliniczne. Natomiast drugi żyje do dziś, zarówno zmiany na skorze, jak i wzrost olbrzymi stale, chociaż wolno postępują. Mimo to chory może pełnić odpowiedzialną służbę na kolejach alzackich. Foerster i Adrian odróżniają oddzielną postać *c. v. g.* — *pachydermia occipitalis c. acromegalia.*

Kol. Grabowski podnosi, iż obraz radjologiczny uchyłka worka osierdziowego w przypadku opisanym przez Schusterównę wykazywał bardzo podobne cechy jak przedstawiony przypadek. Częściej wprawdzie leżą uchyłki osierdziowe na przedniej ścianie, jednak mogą leżeć i na bocznym zarysie.

2. Kol. Dubicki (gość) przedstawia ze strony klinicznej *dwa przypadki krwawień juwenilnych.* W pierwszym z nich wystąpiło krwawienie dnia 21 grudnia, utrzymujące się z różnem nasileniem aż do dnia 14 stycznia. Badanie krwi wykazało lekką anemję, która, jak wynika z anamnezy, istniała już przed wystąpieniem krwawień i dla których najprawdopodobniej stanowiła moment etjologiczny. Przypadek zresztą dość banalny.

Bardziej uwagi godnym jest przyp. drugi, dotyczący dziewczynki 11-letniej, która od kwietnia 1934 r. krwawi z przerwami rozmaicie długiemi, bez typu miesiączkowego, krwią płynną aż do dnia dzisiejszego. Przeprowadzone badania krwi pozwalają nam rozpoznać w tym przypadku jednostkę hematopatologiczną, a mianowicie trombastenję. Uderza bowiem wyraźnie opóźniona krzepliwość przy normalnej ilości płytek, zachowujących się jednakowoż patologicznie pod względem swej barwliwości i kształtu.

Kurczliwość skrzepu wyraźnie zahamowana. Trombastenja jest cierpieniem o charakterze przejściowym, często jednak dziedzicznem. W okresie pokwitania ustrój musi się przystosować nagle do nowych warunków, co tem trudniej mu przychodzi, gdy zajęty jest równocześnie jakąś sprawą chorobową. Powstają wówczas zaburzenia tego okresu. Powinniśmy więc w krwawieniach juwenilnych dążyć do wykrycia noksy chorobowej, a tem samem rozpatrywać je w każdym przypadku indywidualnie.

W dyskusji: Kol. Liebhart, omawiając z ogólnego punktu widzenia istotę krwawień juwenilnych, stwierdza na podstawie 10-letniej obserwacji i drobiazgowych badań tych przypadków w Klinice Lwowskiej, że wszystkie te krwawienia — poza krwawieniami na tle trombopenji — mają swe źródło w zaburzeniach okresu pokwitania. Stąd charakter tych krwawień jest wybitnie przejściowy, a rokowanie prawie we wszystkich przypadkach dobre. Zadaniem więc lekarza klinicysty jest chronienie pacjentki przed zbyt wielką utratą krwi, a tem samem niedopuszczenie do krańcowego wykrwawienia z wszystkiemi jego następstwami. Będzie ono więc przedewszystkiem leczeniem objawowem, dążącem do opanowania krwawienia przy pomocy wszystkich znanych środków hemostatycznych, przy równoczesnem zastosowaniu leczenia przyczynowego dla usunięcia noksy wywołującej (zmiany we krwi, choroby ogólne i t. d.). W ten sposób dajemy możność organizmowi przetrzymania tego okresu krytycznego, jakim jest bezsprzecznie okres pokwitania dla dziewczynek pewnego typu, a tem samem stworzenia najkorzystniejszych warunków celem odzyskania równowagi utraconej lub zaburzonej wskutek wtargnięcia nowych czynników, jakiemi są hormony płciowe, w okresie *menarche.* Jeżeli lekarz będzie sobie zdawał sprawę, że omawiane krwawienia są natury raczej przejściowej, powstrzyma go to od wielu zbyt pochopnych, a niepotrzebnych, zabiegów, jak np. terapeutycznej skrobanki wraz z towarzyszącą temu zabiegowi defloracją, co z punktu widzenia naszych doświadczeń uważać należy za błąd w sztuce. W olbrzymim odsetku krwawień juwenilnych wystarczy leczenie zachowawcze (leczenie farmakologiczne, naświetlanie gruczołów wkrewnych promieniami X, naświetlanie wątroby i śledziony i t. d.), a do zabiegów radykalnych uciekać się należy tylko w przypadkach rozpaczliwych i to po wyczerpaniu wszystkich stojących do dyspozycji środków leczenia konser-

watywnego. Na zakończenie prelegent omawia szczegółowo sposoby leczenia krwawień juwenilnych stosowane w Klinice Lwowskiej.

Kol. Seidler przypomina ogólnie przyjętą definicję t. zw. krwawień juwenilnych, przez które należy rozumieć krwawienia maciczne zachowujące charakter cykliczny, jednak bez wykazania zmian anatomicznych w narządzie rodnym, wykluczając również schorzenia ogólne ustroju (Schröder, Martius, i t. d.). Czas ich występowania określa się od pierwszej miesiączki do 5 lat od jej wystąpienia, lub nawet do wieku 25 lat. Klinika Schrödera podzieliła te krwawienia na 6 grup, w których mówca odróżnia 2 zasadnicze podgrupy, uwzględniające przyczyny krwawień: a) generatywna niedomoga jajników czyto wtórna, a w następstwie tejże niedorozwój macicy i słabe napięcie mięśniowe macicy, b) zaburzenia czynnościowe jajnika, a w następstwie tychże zaburzenia w cyklicznych zmianach błony śluzowej macicy w czasie miesiączki. Do tych ostatnich przyczyn należy też krótki okres rozwoju ciałka żółtego, a przedewszystkiem *folliculus persistens,* któremu odpowiada zmiana w błonie śluzowej macicy t. zn. *hyperplasia glandularis.* Dla tej ostatniej grupy krwawień młodzieńczych Aschoff i Pankow wprowadzili nazwę: *metropathia haemorrhagica iuvenilis.* Charakter cyklicznych krwawień tutaj już nie istnieje i ten stan chorobowy jest najwięcej oporny na leczenie. Przypadki przedstawione przez Kol. Liebharta zaliczyłby do 4 grupy Schrödera t. zn. do krwawień w *„menarche“*, które wogóle nie są groźne, o ile nie spotykamy poważnych zmian w narządzie krwiotwórczym. Mięsień macicy nieprzygotowany jeszcze do miesiączki, niedowładny; ten stan możnaby porównać do atonji w 3 okresie porodowym. Podkreślić należy, że dzięki należytemu zrozumieniu przyczyn krwawień dziewczęcych i indywidualizowaniu, obecne leczenie zachowawcze jest zupełnie wystarczające i prawie nigdy nie potrzebujemy się uciekać do zabiegów operacyjnych, jak częściowe wycięcie jajników, czy macicy. W Oddziale Ginekologicznym Szpitala Ubezpieczalni Społecznej stosuje się przy *folliculus persistens* duże dawki folikuliny i ciałka żółtego lub prolanu B. W razie zawiedzenia leczenia farmakologicznego pozostaje nam jeszcze do dyspozycji skrobanka i założenie wśródmaciczne radu w ilości 300—800 mgh.

Kol. Mączewski staje w obronie skrobanki macicy jako środka leczniczego i rozpoznawczego w niektórych przypadkach krwawień u młodych osób w okresie pokwitania. Do tego zabiegu mogą istnieć ścisłe wskazania kliniczne. Niektórzy klinicyści (Fanze) często stosują ten sposób postępowania. Wogóle krwawienia nieprawidłowe, towarzyszące pierwszej miesiączce zazwyczaj po pewnym czasie ustają bez żadnego leczenia. Dokładne badania kliniczne, obserwacja przypadku ustala tło cierpienia i daje wskazówki co do leczenia, jak to widać w przedstawionych przypadkach.

Kol. Meisels E.: Naświetlania rentgenowskie w przypadkach menoragji u osób młodocianych dają pomyślne i zasługujące na naśladowanie wyniki. Mówca stosował naświetlania w całym szeregu przypadków, których dokładny opis wraz z szczegółowem podaniem wyników będzie tematem osobnej wspólnej pracy z Dr. Liebhartem. Naświetlania stosowane są w ten sposób, że najpierw zostają naświetlone wątroba i śledziona, a to w celu bezpośredniego wpłynięcia na krwawienia, a następnie, w serjach złożonych z 3—4 naświetlań, okolica przysadki i tarczyca. Zazwyczaj stosuje się 2—3 takie serje w przerwach 1-miesięcznych. Dawki pojedyncze wynoszą 180—200 r. Mechanizm działania naświetlań nie jest jeszcze znany, prawdopodobnie polega na regulującem w jakiś sposób działaniu napromienian na zaburzoną korelację gruczołów dokrewnych. Wielką zaletą leczenia rentg. jest możliwość uzyskania wyleczenia bez niebezpieczeństw i bez obaw wywołania jakichś uszkodzeń, a przypomnieć należy, że dawniej w niektórych uporczywych przypadkach było się zmuszonym stosować nawet zabiegi operacyjne.

Kol. Liebhart *w odpowiedzi* oświadcza, że działanie promieni X na przysadkę lub tarczycę jest natury raczej depresyjnej i zależy naturalnie od dawkowania. Przez obniżenie hiperfunkcji tych gruczołów, występującej prawie zawsze w okresie pokwitania, wyrównujemy zaburzoną równowagę hormonalną, a przez to opanowujemy objawy tych zaburzeń, w tym wypadku krwawienia. Prelegent stwierdza nadto, że w przypadku pierwszym mamy do czynienia z obrazem krwawień o charakterze menoragicznym, zaś w przypadku drugim metroragicznym.

3. Kol. H. Schusterówna wygłasza wykład p. t.: *„Endometrjoza i jej znaczenie w praktyce lekarskiej“.*

W wykładzie swym przedstawia prelegentka najnowsze badania i wiadomości dotyczące endometrjozy. Wspomina przedewszystkiem o umiejscowieniu i wyglądzie makroskopowym ognisk heterotopijnych błony śluzowej macicy w gruczolistości, a następnie omawia ich budowę mikroskopową oraz poglądy na powstanie tej ciekawej sprawy chorobowej. Z omówienia tego wynika, że badania ostatnich czasów i to przedewszystkiem badania anatomo-patolog. dały wiele interesujących szczegółów, które wyjaśniły w wysokim stopniu to niejasne schorzenie, przedewszystkiem wykazały one dotychczas jeszcze nieznane, a tak rozległe rozmieszczenie endometrjozy, stwierdzanej doniedawna tylko w macicy, wytłumaczyły jej budowę drobnowidową oraz jej czynności fizjologiczne. Na podstawie danych anatomicznych ta sprawa patologiczna zyskała dzisiaj wielkie znaczenie w praktyce, przedewszystkiem w ginekologji i chirurgji.

Na zakończenie wspomina kol. Schusterówna w krótkości o znaczeniu klinicznem i objawach endometrjozy, które są następstwem nietylko charakteru samej zmiany, ale także usadowienia się ognisk adenomiozy. (P. G. L. Nr. 15. 1935).

W dyskusji: Kol. Mączewski: W piśmiennictwie polskiem mamy bardzo skąpą kazuistykę przypadków endometrjozy wewnętrznej i zewnętrznej. Mówca opisał i przedstawił w Tow. Lekarskiem i Ginekologicznem 4 przypadki endometrjozy wewnętrznej. Były to pierwsze przypadki w naszej kazuistyce. Kilka podobnych przypadków ogłosił Zaleski, jeden Ambroziewicz. Endometrjozę trąbek spostrzegał Seidler i Zalewski. Do chwili obecnej nie ustalono nazwy dla tej jednostki chorobowej. Amerykańscy autorowie proponują nazwę *endometriosis.* W piśmiennictwie niemieckiem spotykamy się przeważnie z nazwą *adenomyosis,* niektórzy autorowie francuscy proponują nazwę *„solénom“* i t. p. Ta niezwykła jednostka chorobowa została opisana przez Chari'ego, jako *salpingitis isthmica nodosa.* Do r. 1883 Schauta zebrał z piśmiennictwa kilkanaście podobnych przypadków. Teoretyczną stroną tego zagadnienia zajęło się wielu uczonych, teoretyków i klinicystów. Na czele stoją Lauche, R. Meyer, Recklinghausen, Sampson, Cullen i in. Obecnie w piśmiennictwie obcem mamy olbrzymią kazuistykę, dotyczącą tej jednostki chorobowej. Strona teoretyczna tej sprawy jest również wyczerpująco opracowana. Do dnia dzisiejszego jednak pochodzenie tego schorzenia jest zupełnie niewyjaśnione. Prelegentka przytoczyła wszystkie teorje, dotyczące powstawania tej jednostki chorobowej. Żadna z nich nie zyskała uznania. Większość autorów skłania się ku zapatrywaniu, że twory gruczołowe, będące poza narządem rodnym, powstają wskutek heterotopji nabłonka otrzewnowego (Lauche, Iwanow i in.). Sampson wystąpił z teorją, że twory owe są transplantowaną błoną śluzową macicy, która w okresie menstruacji w pewnych warunkach może się dostać przez jajowody do jamy brzusznej. Zainteresowałem się w swoim czasie tą teorją i przeprowadziłem odpowiednie badania doświadczalne na sukach. Wyniki tych badań były ogłoszone w Polskiej Gazecie Lekarskiej i Ginekologji Polskiej.

Jednostka chorobowa, o której mowa, jest zatem niezwykle zajmująca z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego. Sposoby powstawania i właściwości poszczególnych elementów, które stwierdzamy pod mikroskopem, jak np. komórki cytogeniczne, są przez różnych autorów różnie interpretowane. Niekiedy nie spotykamy ich wcale. To dało powód do twierdzenia, że endometrjoza zewnętrzna i wewnętrzna stanowią różne jednostki chorobowe. Temu przeczy jednak obserwacja kliniczna.

Słusznie zwróciła prelegentka uwagę na praktyczną wartość tego zagadnienia. Jest rzeczą możliwą, że twory owe, usadawiając się w trąbkach, mogą spowodować ciążę pozamaciczną. Odgrywać one mogą rolę w powstawaniu pierwotnej ciąży brzusznej, na co miałem sposobność zwrócić uwagę z okazji publikacji przypadku ciąży brzusznej.

Kol. Seidler: Jak kol. Schusterówna w swym wykładzie zaznaczyła, wszystkie teorje, starające się nam wytłumaczyć endometrjozy nie we wszystkich przypadkach są wystarczające. W ostatnich czasach autorowie, jak Poulies, De Snov, Heim przyjmują, że endometrjozy tworzą się z tkanki (mezodermy), z której w życiu płodowem powstaje narząd rodny i która to tkanka może się znajdować niezróżnicowana i w życiu pozapłodowem pod wpływem pewnych, niezupełnie znanych bodźców może się zróżnicować jako błona śluzowa macicy. Na potwierdzenie tego może posłużyć przykład, że u dziewczynek przed dojrzałością płciową, nie znajdujemy w macicy żadnych gruczołów, które tworzą się dopiero w okresie dojrzałości płciowej. Stąd wniosek, że w tkance znajdują się pewne zdolności rozwojowe, które dopiero pod wpływem pewnych bodźców zostają rozbudzone. Jeżeli w jajniku może przyjść do wytworzenia t. zw. dermoidów, dlaczegożby w jajniku otrzewnej, na kroczu i t. d. t. zn. w miejscu, gdzie istniała pierwotna jama ciała z nabłonkiem, posiadającym zdolność wytwarzania gruczołów, ta potencja utajona nie mogła się rozwinąć w kierunku tworów adenoidalnych. Przypuszczenie powyższe właściwie rozszerza teorję seroepitelialną. We Lwowie zasługą

szkoły prof. Sołowija było zwrócenie uwagi na tę jednostkę chorobową; z naszego Oddziału Ginekolog. 6 przypadków *adenomyosis externa* operowanych, zostało potwierdzonych drobnowidowo przez Dr. Schusterównę.

Kol. Meisels E.: cykliczny przebieg objawów zwrócił uwagę pewnych autorów na możliwość wpłynięcia na endometriozę drogą naświetlań kastracyjnych jajników. Wintz zebrał ostatnio przypadki własne i z piśmiennictwa, i wykazał, że rzeczywiście zapomocą takich naświetlań można w dosyć znaczrym odsetku przypadków tego schorzenia uzyskać wynik leczniczy.

Kol. Nowicki podnosi znaczenie praktyczne naszej wiedzy o istnieniu zewnątrzmacicznych ognisk endometriozy. Tak np. ogniska usadowione na jelitach mogą dawać objawy ostrej niedrożności jelita w okresie menstruacji lub powodować bóle, będące powodem mylnego rozpoznania. Zwolennicy transplantacyjnej teorji powstawania ognisk endometriozy dopatrują się związku między niemi, a ich zdaniem, dziś tak częstą ciążą zamaciczną. Ogniska endometriozy miałyby powstawać w następstwie dziś tak lekkomyślnie i często wykonywanych skrobań macicy i t. p.

Kol. Mączewski zaznacza, że klinicysta nie jest w stanie rozpoznać endometriozy przy łóżku chorej, gdyż objawy chorobowe, jakie towarzyszą schorzeniu, są wspólne dla wielu innych spraw chorobowych narządu rodnego lub jamy brzusznej. W jednym tylko wypadku ginekolog może mieć uzasadnione podejrzenie na możliwość tego schorzenia, a mianowicie w przypadku endometriozy odbytniczo-pochwowej. W roku 1920 rozpoznał taką endometriozę prof. Sołowij. Twór ten usunięto drogą operacji, a badanie drobnowidowe, wykonane w Instytucie Anat. Patol. U. J. K. potwierdziło to rozpoznanie.

Był to pierwszy przypadek endometriozy w piśmiennictwie polskiem.

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 października 1934 roku.

1. Odczytano protokół z posiedzenia naukowego T-wa Lek. Warsz. z dnia 9 października 1934 r.; protokół przyjęto.

2. Kol. Prezes zawiadamia o powstaniu Ogólnopolskiego komitetu dla uczczenia pamięci ś. p. Marji Skłodowskiej-Curie. Tow. Lek. Warsz. weźmie udział w tej uroczystości.

3. Kol. Niemyski i Grodzieński omówili przypadki wad rozwojowych jelita grubego p. t.: *„Z kazuistyki wad rozwojowych jelita grubego"*. (Streszczenie własne).

Przypadek I. Chłopczyk siedmioletni. Wywiady: rodzice zdrowi. Dziecko urodzone naczasie (położenie poprzeczne z wypadnięciem rączki). Pierwszy rok życia bez zaburzeń, potem chorował na trwający około 2 miesięcy nieżyt kiszek, po ustąpieniu którego rozpoczął się okres bardzo uporczywego zaparcia z bezwiednem oddawaniem niewielkich ilości kału. Ten ostatni objaw wkrótce ustąpił, ale zaparcie utrzymywało się dalej.

Stosowano szereg środków czyszczących, ale miały one jedynie przemijające działanie. Od jesieni 1933 r. chłopczyk zaczął znów bezwiednie oddawać niewielkie ilości kału i moczu, przy dalej trwającem bardzo uporczywem zaparciu. Pozatem rozwój fizyczny i intelektualny dziecka odpowiada w zupełności wiekowi, apetyt dobry. Chłopczyk, zawsze bardzo żywego usposobienia, na nic się nie uskarża. Przy badaniu narządów klatki piersiowej nie stwierdzono odchyleń od normy. Obmacywaniem w prawej połowie brzucha tuż przy linji środkowej ciała wyczuwa się guz w kształcie wału, idący spod wątroby i wstępujący w miednicę małą, spoistości kości, prawie nieruchomy, niezwiązany z powłokami brzusznemi. Nad spojeniem łonowem wyczuwa się powierzchnię guza głębokiego około 2—3 cm pod powłokami brzusznemi. Guz jest względnie niebolesny.

Celem ustalenia punktu wyjścia przypuszczalnego guza wykonano szereg zdjęć rentgenowskich — przedewszystkiem zdjęcie lędźwiowej i krzyżowej części kręgosłupa. Opinja radjologa brzmiała wówczas, jak następuje: na zdjęciu krzyżowo-lędźwiowem stwierdza się zniszczenie kręgów ogonowych i dolnej 1/3 kości krzyżowej bardziej po stronie prawej z zastąpieniem tych części kostnych przez twór bez struktury kostnej, rozmiarów ziemniaka średniej wielkości, wypełniający prawie miednicę małą wpoprzek, o zarysach regularnie ograniczonych od części sąsiednich; twór ten odpowiada mięsakowi kostnemu.

Mimo tego, zdawałoby się logicznie umotywowanego rozpoznania, nasuwały się jednak przy dokładnem badaniu klinicznem wątpliwości dotyczące pochodzenia tworu, wyczuwalnego w jamie brzusznej. Badanie *per rectum* wykazało obecność zbitych mas kałowych, które usunięto mechanicznie, z pomocą chirurga, szczypcami. Wówczas okazało się, że guz, wyczuwalny uprzednio w miednicy małej, znikł; oczywiście nasunęło się przypuszczenie, czy twór walcowaty wyczuwalny w prawej połowie jamy brzusznej nie stanowi również wypełnionej zbitemi masami kałowemi pętli jelitowej. Pacjenta wzięto na dietę płynną i po stosowaniu przez parę dni środków czyszczących uskuteczniono wlew kontrastowy, który swobodnie wypełnił bańkę prostnicy, mniej zaś swobodnie esicę, która okazała się nader rozszerzoną, sięgając na 4 palce powyżej grzebienia biodrowego prawego.

Badanie powyższe potwierdziło wprawdzie przypuszczenie klinicysty co do tworu walcowatego, który okazał się bardzo rozszerzoną i prawdopodobnie wypełnioną kałem esicą, natomiast pozostawiało otwartą kwestję przypuszczalnego guza kości krzyżowej, co oczywiście rozstrzygnęłoby o rokowaniu w sensie niepomyślnym.

Ze strony internisty wysunięta również została koncepcja, czy wspomniany ubytek kości krzyżowej nie jest wrodzony, gdyż kilkakrotne badanie *per rectum* guza w miednicy nie wykazywało. Po dokonaniu zdjęcia kości krzyżowej, które wypadło identycznie jak poprzednie, rentgenolog nie wyłączał wprawdzie tej możliwości, podkreślał jednak, że rozległość na boki cienia oraz jego bezkształtność z utratą podobieństwa do kości w okresie jej normalnego rozwoju przemawia raczej za tem, że w przypadku tym zachodzi przekształcenie tkanki kostnej w masy nowotworowe. Koncepcja klinicysty nie uzyskała całkowitego potwierdzenia ze strony radjologa; pozostawała zatem tylko dalsza obserwacja. Dziecko zostało wypisane ze szpitala, zalecono stosowanie w ciągu miesiąca środków czyszczących i diety lekko strawnej. Po miesiącu (koniec kwietnia r. b.) uskuteczniono kontrolne zdjęcie kości krzyżowej, obecnie po dokładniejszem opróżnieniu prostnicy z kału udało się zaobserwować w obrębie masy kostnej kręgu S III jądro kostnienia, co przechyliło szalę rozpoznawczą w kierunku przyjęcia możliwości wadliwie opóźnionego kostnienia w obrębie dolnych kości krzyżowych i ogonowych, przemawiając przeciwko poprzednim przypuszczeniom co do sprawy nowotworowej.

Dalsza obserwacja chłopca miała miejsce na Oddz. Wewn. Szpitala Szkolnego C. W. San. Po przybyciu pacjenta na Oddział w czerwcu r. b. stwierdzono zupełnie dobry stan ogólny (waga 23 kg). Z dolegliwości dziecka wspomnieć należy tylko o uporczywem zaparciu, połączonem z dość częstem bezwiednem oddawaniem niewielkich ilości moczu i kału. Stan narządów klatki piersiowej bez odchyleń od normy. Jama brzuszna: nieznaczne uwypuklenie prawej połowy jamy brzusznej. Obmacywaniem stwierdza się po stronie prawej walcowaty twór, szerokości 3—4 cm, elastyczny, niebolesny, o 3—4 cm nazewnątrz linji środkowej ciała. Twór powyższy gubi się od góry pod łukiem żebrowym, od dołu pod więzadłem Pouparta. Konsystencja dość miękka. Po oczyszczeniu dolnych odcinków jelita grubego zapomocą wlewek, Dr. Kochanowski na Oddz. Radjologicznym Szpitala Szkolnego dokonał badania radjologicznego kości krzyżowej i esicy (wlew kontrastowy) z wynikiem następującym:

I. Kość krzyżowa wykazuje w dolnej części półkolisty ubytek zwrócony wygięciem ku górze. Pozatem stwierdza się rozszczep łuku 5 kręgu lędźwiowego. Wniosek: zmiana o charakterze wyraźnie wrodzonym. II. Stwierdza się bardzo znaczne rozszerzenie i wydłużenie pętli esicy, która jest całkowicie położona po stronie prawej i wysoko pod wątrobą *(megasigma)*. Leczenie polegało na stosowaniu diety ze zmniejszeniem pokarmów mącznych, codziennych wlewek oliwy i sody oraz środków tonizujących. Niezależnie od tego rozpoczęto faradyzację okolicy esicy w Przychodni Przyrodoleczniczej I Szpitala Okręgowego. Stan dziecka zaczął się bardzo szybko poprawiać. Po tygodniu odstawiono wlewki i rozpoczęto podawanie *ol. parafini* 3 razy dziennie łyżka stołowa. Zaczęły występować regularne wypróżnienia, zanieczyszczanie się ustąpiło. Po 3 tygodniach wyczuwalny i opisany powyżej twór w prawej połowie jamy brzusznej znikł w zupełności i wyczuwa się jedynie czasami rozszerzoną pętlę w postaci miękkiego elastycznego wałka. 6. VII. po zakończeniu serji faradycznej chłopczyk został w stanie zupełnie dobrym wypisany z zaleceniem zgłoszenia się po miesiącu. W ciągu tego miesiąca — stale regularne wypróżnienie bez użycia żadnych środków czyszczących. Stan ogólny i apetyt zupełnie dobry. Po powtórnem przybyciu na Oddział w dniu 28. IX. b. r. badanie jamy brzusznej nie wykazuje żadnych odchyleń od normy. Wlew kontrastowy: kiszka prosta i część esicy są bardzo znacznie rozszerzone i wydłużone i tworzą gruby walec.

Rozpoczęto drugą serję faradyzacyj esicy, ale bez stosowania środków przeczyszczających. Stolce prawidłowe, pozostaje jedynie nieznaczne bezwiedne moczenie. Badanie neurologiczne żadnych odchyleń od normy nie stwierdza. Łaknienie bardzo do-

bre, przybywa na wadze, ostatnio ze względu na moczenie stosujemy u chłopca diatermję okolicy krzyżowej. Objektywnie stwierdzić można nieznaczny walcowaty opór nad prawem więzadłem Pouparta, bolesny, odpowiadający rozszerzeniu dolnej części esicy.

Przypadek II. Chora w wieku lat 51 zgłosiła się na Oddział dnia 21 sierpnia 1934 roku. Podaje, że od lat dwudziestu choruje „na przewód pokarmowy"; cierpienie charakteryzuje się bólami w jamie brzusznej o nieokreślonem umiejscowieniu, z brakiem wyraźnego związku przyczynowego i czasowego ze spożytemi pokarmami, męczącemi wzdęciami i bardzo uporczywemi zaparciami. Bez użycia środków przeczyszczających przerwy w oddawaniu stolca wynosiły po kilka i kilkanaście dni. Od początku sierpnia r. b. wystąpiło bez wyraźnej przyczyny znaczne pogorszenie, pieczenie w przełyku, napady niepowstrzymanej czkawki, ból uciskowy w okolicy serca. Przez jeden dzień bardzo bolesna biegunka. Dolegliwości powyższe nasilały się w bardzo znacznym stopniu po wysiłkach fizycznych, zwłaszcza zaś po obiedzie; po spacerze występowała zazwyczaj duszność, uczucie tępego bólu za mostkiem, zgaga, czkawka. W pozycji leżącej dolegliwości były mniejsze. Pozatem pacjentka uskarża się na osłabienie, brak apetytu, niesmak w ustach. Żadnych innych chorób podobno nie przechodziła, poza zimnicą w 16 roku życia. Rodziła 3 razy, 3 poronienia sztuczne. Pierwszy perjod w 18 roku życia, odtąd regularne, skąpe, niebolesne. Od 2 lat menopauza bez burzliwych objawów. Ojciec nie żyje, zmarł na miażdżycę, matka żyje.

Objawowo stwierdzono: Dolnej prawej granicy płuca od przodu wypukać nie można, brak stłumienia wątroby. Wypuk jawny, płucny, przechodzi stopniowo w wypuk bębenkowy. Wypuk na całej przestrzeni jawny, szmer oddechowy pęcherzykowy.

Układ krążenia: tętno 84/min. miarowe, miernie napięte i wypełnione. Uderzenie koniuszkowe niemacalne. Granice stłumienia bezwzględnego: prawa — o 1 palec w prawo od lewego brzegu mostka, górna — IV żebro, lewa — linja środkowo-obojczykowa lewa. Tony czyste, nad koniuszkiem nieco głuchawe. Ciśnienie krwi 131/85.

Jama brzuszna: Brzuch lekko wzdęty, najbardziej zaznacza się to w okolicy podżebrzy i w lewej połowie jamy brzusznej. Przez powłoki zarysowuje się jakby szeroki wał w okolicy odpowiadającej esicy. Na całej przestrzeni wypuk bębenkowy. Odruchy normalne zachowane, patologicznych brak. Waga 57,5 kg. Temperatura 36,8°.

Wywiady chorej, charakterystyczna konfiguracja jamy brzusznej, przykrycie stłumienia wątrobowego pozwalały podejrzewać istnienie jakiegoś schorzenia jelit grubych z nieprawidłowem ułożeniem ich pętel. Przypuszczenie to zostało potwierdzone przez badanie radjologiczne: badanie okrężnicy wykazuje bardzo znaczne wydłużenie jej w środkowej i lewej części z obecnością licznych pętel, które wypełniają prawą, środkową i górną część jamy brzusznej, a także w okolicy lewego talerza biodrowego; pętle położone po stronie lewej oraz pod przeponą są w olbrzymim stopniu porozszerzane; w górnych częściach porozszerzanych pętel zbierają się olbrzymie nagromadzenia gazowe. Pętle te unoszą ku górze przeponę prawą i lewą, przyczem wątroba opadnięta jest ku dołowi. Pomiędzy górną powierzchnią wątroby, a przeponą prawą w pozycji stojącej mieszczą się stale znacznie porozszerzane pętle okrężnicy. Żołądek zmienił swoje położenie w stopniu bardzo znacznym. W pozycji leżącej znajduje się on wysoko i leży częściowo ponad powierzchnią wątroby, natomiast w pozycji stojącej i po znaczniejszem wypełnieniu oddziela się od przepony i opada w całości ku dołowi, przyczem sklepienie żołądka znajduje się na 6 palców poniżej przepony, zaś znaczny odcinek przełyku przebiega w jamie brzusznej. Wynik: *megacolon* z bardzo znacznem rozszerzeniem i wydłużeniem głównie środkowych i lewych odcinków okrężnicy.

Aerocolia. Znaczne opadnięcie wątroby oraz całkowite opadnięcie żołądka wraz z sklepieniem. Uwypuklenie nieprawidłowe ku górze obu połów przepony z uniesieniem serca i przemieszczeniem go częściowem ku stronie prawej. Bardzo znaczne zwolnienie przechodzenia treści przez okrężnicę.

Po stwierdzeniu wspomnianego stanu rozpoczęto leczenie polegające na stosowaniu kwasu solnego, goryczek, węgla, na wstrzykiwaniach strychniny, podawaniu na noc 2 łyżek stołowych *ol. paratini* oraz masażu brzucha. Dieta ze zmniejszeniem ilości pokarmów mącznych, ziemniaków i t. d. Stan chorej zaczął się szybko poprawiać, ustąpiły dolegliwości podmiotowe ze strony serca, palenie w przełyku i t. p. Początkowo dolegliwości powyższe występowały o zmniejszonem zresztą nasileniu po wysiłkach fizycznych, po trzytygodniowem jednak leczeniu nie pojawiały się nawet po parogodzinnych spacerach.

Kontrolne zdjęcie wykazało znacznie mniejsze wypełnienie gazami pętel jelitowych. Poprawa powyższa utrzymuje się do dnia dzisiejszego.

4. Kol. Cieszyński, członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: *„Systematyczna walka z kiłą wrodzoną jako zagadnienie społeczne"*. (Streszczenie własne).

I. Częstość kiły: Przed r. 1914 Dujardin ocenił liczbę osobników kiłowych w Austrji na 3,8%, w Niemczech na 6%, w Anglji na 6.5%, we Francji na 7.6%, a Leredde na 9.2% w latach 1914—1915. W Polsce po wojnie oficjalnie było 0,5%. W Warszawie obliczenie przypadków wynosi od 2 do 5%. Liczby odczynów Wa we krwi pozałożyskowej wynoszą 1.3 do 2,6%, a we krwi pępowinowej 0.2 do 1,9%.

II. Następstwa kiły wrodzonej: We Francji Comby ocenia liczbę poronień kiłowych na 40.000, martwo urodzonych na 20.000 rocznie, a zmarłych w ciągu pierwszego roku życia na kiłę wrodzoną Louvelaire podaje na 24.000. W Niemczech obliczają śmiertelność dzieci kiłowych na 36—74%. W niedorozwoju umysłowym stwierdzono dodatni odczyn Wa w 6 do 26,3%. Walka z kiłą wrodzoną przebyła, równolegle z całą opieką nad dzieckiem, przejście z opieki zamkniętej na otwartą, w której rozróżniamy leczenie przed poczęciem dziecka, podczas ciąży i po urodzeniu się dziecka. Niezależnie od oddziałów dzieci kiłowych w sierocińcach i oddziałów szpitalnych dla matek kiłowych z dziećmi, wskazane jest tworzenie specjalnych przychodni przeciwkiłowych dla dzieci, których w Polsce mamy dotąd 4. W Warszawie stworzył autor niniejszego referatu taką przychodnię w r. 1925. We Francji w r. 1924 było przychodni przeciwkiłowych 28. Doświadczenie dotychczasowe przemawia za opieką otwartą, gdyż ze 100 niemowląt leczonych na kiłę w klinice Heubnera od 1902—1910 r. zmarło wcześnie 74, po kilku latach na inne choroby 3, objawy kiłowe po kilku latach miało 14. Natomiast ze 100 niemowląt leczonych ambulatoryjnie, zmarło w czasie leczenia 30, po latach na inne choroby 11, miało kiłowe objawy 18, a zdrowych było 9.

W dyskusji: Kol. Ławrynowicz, czł. T-wa, wie, że ciąża, jako czynnik prowokacyjny, sprzyja wykryciu kiły utajonej. Ciąża powoduje zaburzenie równowagi koloidalnej i dlatego łatwiej występują wtedy odczyny serologiczne. Ale nie wolno dodatniego odczynu na kiłę we krwi pozałożyskowej uważać za odczyn zupełnie miarodajny, gdyż często otrzymujemy nieswoiste odczyny serologiczne. Dlatego też po 2—3 tygodniach badanie krwi pacjentki należy powtórzyć, by sprawdzić, czy odczyn był swoisty, czy nieswoisty. Mówca uważa, że konieczna jest ścisła wspólna praca ośrodków zdrowia z zakładami położniczemi. Omawia sprawę, czy dotychczasowa współpraca jest wykorzystywana i w jakiej mierze odgrywa ona rolę na terenie społecznej walki z kiłą.

Wbrew poglądowi prelegenta kol. Ławrynowicz jest zwolennikiem koncentracji pracy serologicznej, jeśli ma ona być korzystna dla celów społecznych, a to z tego względu, że posiadamy małą liczbę wykwalifikowanych mikroserobiologów.

Kol. Cieszyński Fr., czł. T-wa, wyjaśnia, że wszystkie dodatnie odczyny WR wyzyskiwane są do najdalszych granic. Matki z dodatnim (przynajmniej dwa plusy) odczynem WR kierowane są do przychodni przeciwkiłowej. Jednocześnie odpowiedni ośrodek dostaje imienny wykaz tych matek dla możności zaopiekowania się temi matkami, jeśliby one same nie zgłosiły się o pomoc.

Co się tyczy rozdrobnienia pracy laboratoryjnej na cały kraj, to jeśli się zauważy, że na terenie Warszawy istnieje szereg instytucyj wykonujących odczyn WR, to jest nadzieja, że stopniowo z tych instytucyj wyjdą ludzie wykwalifikowani w powyższym kierunku i akcja z roku na rok może zataczać szersze kręgi.

5. Kol. Landau A., czł. T-wa, Glass B. i Pruszczyński A., czł. T-wa, wygłosili odczyt p. t.: *„O wartości klinicznej określania pojemności życiowej płuc w przebiegu gruźlicy płucnej"*. (Streszczenie własne).

Wprowadzenie do kliniki określania pojemności życiowej w przebiegu gruźlicy płuc pozwala, rozpatrując uzyskane wyniki łącznie z dokładną obserwacją kliniczną i odczynem Biernackiego, na wprowadzenie pewnego podziału chorych gruźliczych.

Okazuje się, iż chorzy na gruźlicę płuc z pojemnością życiową poniżej 2000 cm³ — to chorzy gorączkujący z rozległemi, obustronnemi zmianami w płucach. Wszyscy chorzy, leczeni jedną z metod uciskowych, wykazują pojemność życiową wyższą od 2000 cm³, a zatem pojemność ta stanowi dolną granicę dla stosowania leczenia czynnego.

W szeregu przypadków zmniejszenie się pojemności życiowej stanowi jedyny objaw postępowania biegu choroby. Znaczny i nagły spadek pojemności życiowej jest objawem prognostycznie niepomyślnym.

Wielkość pojemności życiowej zależy od 2 czynników: mechanicznego, t. zn. ograniczenia powierzchni oddechowej oraz toksycznego, t. zn. od zadziałania infekcyjno-toksycznego ognisk

chorobowych na zdrowy miąższ płucny. Pozatem ograniczenie pojemności życiowej zależeć może od czynników pozapłucnych, zarówno mechanicznych (zniekształcenia klatki piersiowej, przeszkody w oddychaniu na skutek schorzenia jamy nosowo-gardzielowej, zrosty opłucnowe, ból w przebiegu zapalenia opłucnej i t. d.), jak i psychicznych (strach przed głębokiem oddychaniem u chorych skłonnych do krwotoków i krwiopluć i t. d.). Wahania wielkości pojemności życiowej nie są równoległe do wahań odczynu Biernackiego. Zmniejszenie lub zwiększenie się pojemności życiowej w przebiegu leczenia uciskowego nie posiada żadnego znaczenia rokowniczego. W 2 przypadkach torakoplastyki pojemność życiowa zmniejszyła się jedynie o 7% (z 2500 na 2300), co świadczy o tem, iż dokonano odpowiedniej rozległości zabieg operacyjny, który w minimalnym stopniu uszkodził zdrowy miąższ płucny.

W przypadkach jednostronnych zarówno leczonych metodą uciskową, jak i nieleczonych, zmniejszenie się pojemności życiowej poniżej 2000 oznacza prawdopodobnie bilateralizację procesu gruźliczego i stanowi oznakę prognostycznie złą.

W dyskusji: Kol. Biernacki zastanawia się nad tezą, czy często powtarzane próby spirometryczne nie przeszkadzają procesom bliznowacenia ognisk chorobowych oraz, czy podobnie jak kaszel, nie mogą spowodować krwotoków lub odmy samoistnej.

Kol. Glass B. odpowiada, że badania spirometryczne na Oddziale przeprowadzane są już oddawna. Kontrola odbywa się co 2—4 tygodnie. W żadnym przypadku nie zauważono pogorszenia sprawy chorobowej.

Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Antoni Donhaiser, asystent Oddziału Chorób Zakaźnych Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie, mianowany został lekarzem-epidemjologiem przy województwie śląskiem.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XVIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 7 czerwca 1935. Porządek dzienny: 1) Kol. Landes-Leinerowa: Zmiany torbielowe w kościach różnego pochodzenia (demonstracja). 2) Kol. Popielski: Z nowszych badań nad grupami krwi (wykład). 3) Kol. Jankowski: O tracheotomji (wykład).

Tow. Lekarskie Łódzkie. Posiedzenie w dniu 5 czerwca 1935 r. 1) Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 29 maja 1935 r. 2) Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3) Prof. Dr. med. M. Semerau-Siemianowski (jako gość — Warszawa): O leczeniu naparstnicą. 4) Kol. L. Szyfman i Kol. H. Halpern-Wieliczański: Z kliniki ziarnicy złośliwej. 5) Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

Posiedzenie w dniu 19 czerwca 1935 r. — wspólnie z Oddziałem Łódzkim Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego. 1) Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 5 czerwca 1935 r. 2) Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3) Kol. S. Mandelsowa: Przypadek choroby Simmonds'a u dziewczynki 8-letniej. 4) Kol. H. Kryszek: O gośćcu naczyniowym. 5) Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

Uchwały XVI Dorocznego Walnego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego. XVI Doroczne Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego:

1) stwierdza, że sytuacja lekarzy w ubezpieczalniach społecznych od chwili narzucenia lekarzom t. zw. wytycznych ulega stałemu pogorszeniu, zarówno pod względem moralnym, jak i materjalnym. Traktowanie lekarzy w ubezpieczalniach społecznych nie odpowiada ich wykształceniu i roli ich w społeczeństwie. Lekarze w ubezpieczalniach społecznych za swoją ciężką pracę otrzymują groszowe wynagrodzenie, niewystarczające na opędzenie minimalnych potrzeb kulturalnych.

Nowy projekt wytycznych, zaproponowany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych zapowiada jeszcze dalsze pogorszenie sytuacji lekarzy, wydając ich na samowolę władz ubezpieczalni. Walne Zebranie kategorycznie odrzuca nowy projekt wytycznych i wzywa Zarząd Główny do podjęcia energicznej walki o nową umowę zbiorową. Walne Zebranie oświadcza, że lekarze doprowadzeni do ostateczności będą zmuszeni przerwać pracę w ubezpieczalniach społecznych. Do powzięcia uchwały w sprawie konieczności zaprzestania pracy Walne Zebranie upoważnia Zarząd Główny.

2) stwierdza, że nowe wytyczne stoją w sprzeczności z obietnicami, danemi dnia 3 lipca 1934 r. przez Pana Ministra Paciorkowskiego — delegatom reprezentującym lekarzy pracujących w ubezpieczalniach społecznych w całej Polsce — i, że pogarszają warunki pracy, zawarte w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o umowie o pracę z dnia 16 marca 1928 r. i wobec tego nie mogą stanowić substratu do dyskusji w sprawie umów między lekarzami, pracującymi w ubezpieczalniach społecznych a Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

3) solidaryzując się z uchwałą Głównego Komitetu Lekarzy Ubezpieczalń Społecznych z dnia 1 grudnia 1934 r., wypowiadającą się negatywnie co do samej organizacji lekarza domowego typu proponowanego i realizowanego przez władze ubezpieczeniowe, równocześnie stwierdza i podkreśla:

a) że organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego winna zapewnić i zrealizować ustawowo przewidzianą zasadę wolnego wyboru lekarza, utrzymać w szerokim zakresie lecznictwo specjalistyczne oraz możliwie odciążyć lekarzy od czynności administracyjnych;

b) wszelkie zmiany w formach organizacyjnych lecznictwa ubezpieczeniowego winny być wprowadzone stopniowo i po uwzględnieniu opinji lekarzy i organizacji lekarskiej.

4) mając na uwadze dobro chorego przedewszystkiem, a jednocześnie dążąc do jaknajsprawiedliwszego podziału pracy wśród lekarzy, poleca Zarządowi Głównemu dołożenie najusilniejszych starań celem wprowadzenia wolnego wyboru lekarza we wszystkich instytucjach, uprawniających lecznictwo zbiorowe.

5) wobec mającego nastąpić z dniem 1 lipca b. r. wyłączenia pracowników samorządowych z przymusu ubezpieczenia na wypadek choroby podkreśla z całym naciskiem konieczność wprowadzenia, w mającej powstać organizacji pomocy lekarskiej pracownikom samorządowym, zasady wolnego wyboru lekarza, przyczem Związek Lekarzy Państwa Polskiego zgłasza gotowość współpracy z mającą powstać organizacją pomocy lekarskiej i — z otrzymanego na ten cel ryczałtu — pokrycia wszystkich wydatków, związanych z udzieleniem pomocy lekarskiej we własnej administracji i na własną odpowiedzialność.

6) poleca Zarządowi Głównemu, aby w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską ustalił zasadę i normy zawierania umów z pracodawcami rolnymi, oraz część cennikową tych umów z tem, że umowy powinny być zawierane przez okręgi lub obwody związkowe.

7) wobec stosunkowo częstych wypadków otwartej gruźlicy wśród czynnego personelu nauczycielskiego, ochroniarek i służby szkolnej, a tem samem istniejącego niebezpieczeństwa masowego zakażenia młodzieży szkolnej, zaleca Zarządowi Głównemu interwencję u odpowiednich władz rządowych i samorządowych w formie memorjału o potrzebie wydania zarządzeń wprowadzających:

a) dokładne nowoczesne badanie płuc z zastosowaniem badania Roentgena osób wstępujących do zawodu nauczycielskiego (nauczycieli, lekarzy szkolnych, ochroniarek, służby szkolnej);

b) dokonywanie przynajmniej co trzy lata dokładnej kontroli stanu płuc u osób wymienionych pełniących swe obowiązki;

c) udzielanie urlopów zdrowotnych do 3 lat dla wyżej wymienionych w razie choroby, celem umożliwienia zupełnego wyleczenia, lub doliczenia lat służby do uzyskania pełnej emerytury.

8) uchwala zwrócić się z prośbą do czynników miarodajnych o likwidację Akademji Stomatologicznej w Warszawie w jej obecnej postaci i o włączenie studjów stomatologicznych do wydziałów lekarskich uniwersytetów polskich.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.